RECOMENDACIONES
TERAPÉUTICAS EN
PSIQUIATRÍA

DIRIGIDA POR

Pere Antoni Soler Insa
Josep Gascón Barrachina

COMITÉ EDITOR

Enric Álvarez Martínez
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Miquel Bernardo Arroyo
Hospital Clínic Universitari, Barcelona

Antoni Bulbena Vilarrasa
Hospital del Mar, Barcelona

Miquel Casas Brugué
Ciutat Sanitària i Universitària de la Vall d'Hebron, Barcelona

Josep Maria Farré Martí
Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Josep Gascón Barrachina
Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona

Cristóbal Gastó Ferrer
Hospital Clínic Universitari, Barcelona

Antoni Labad Alquézar
Institut Pere Mata, Reus, Tarragona

Pilar Mallada Porta
Hospital de Barcelona, Barcelona

Ramón Noguera Hosta
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, Girona

Ramón Pigem Palmés
Clínica Psiquiátrica Bellavista, Lleida

Miquel Roca Bennasar
Hospital Joan March, Palma de Mallorca

Francesc Sabanés Magriñá
Centro Sociosanitario Palau, Barcelona

Luis San Molina
Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental, Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Lluís Sánchez Planell
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

Pere Antoni Soler Insa
Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona

Manuel Valdés Miyar
Hospital Clínic Universitari, Barcelona

Julio Vallejo Ruiloba
Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

COORDINADORES

Josep Maria Farré Martí
Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática, USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona; Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Universidad de Barcelona

Miquel Àngel Fullana Rivas
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona; Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática, USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona; Centro de Salud Mental de Gavá, Barcelona

Ars Medica

Barcelona · Madrid · Buenos Aires · México D.F.

Bolivia · Brasil · Chile · Colombia · Costa Rica · Ecuador · El Salvador · Estados Unidos · Guatemala
Honduras · Nicaragua · Panamá · Paraguay · Perú · Portugal · República Dominicana · Uruguay · Venezuela

www.ArsXXI.com

Reservados todos los derechos.
Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© 2005. De los Autores
© 2005. Psiquiatría Editores, S.L.
Paseo de Gracia 25, 3.º - 08007 Barcelona (España)
www.ArsXXI.com
ISBN 84-9706-089-X

Depósito Legal: B. 44.089 - 2004
Impresión: Gràfiques 92, S.A. - Av. Can Sucarrats, 91
Rubí (Barcelona) (2004)
Printed in Spain

Autores

Arturo Bados López
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona

Eva Baillès Lázaro
Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic Universitari de Barcelona

Xavier Caseras Vives
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona; Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática, USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Josefina Castro Fornieles
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic Universitari de Barcelona

Joan de Pablo Rabassó
Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic Universitari de Barcelona; Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Universidad de Barcelona

Josep Maria Farré Martí
Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática, USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona; Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Universidad de Barcelona

Miquel Àngel Fullana Rivas
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona; Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática, USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona; Centro de Salud Mental de Gavá, Barcelona

Fernando Gutiérrez Ponce de León
Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic Universitari de Barcelona

María Gracia Lasheras Pérez
Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática, USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Esteve Martínez Mallén
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic Universitari de Barcelona

Gemma Parramon Puig
Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic Universitari de Barcelona

Rafael Penadés Rubio
Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic Universitari de Barcelona

Josep Maria Peri Nogués
Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic Universitari de Barcelona

Nadine Riesco Sáinz
Centro de Salud Mental, Hospital Mútua de Terrassa, Barcelona

Antonio Tejero Pociello
Unidad de Conductas Adictivas, Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Xavier Torres Mata
Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia, Hospital Clínic Universitari de Barcelona; Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática, USP Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Miquel Tortella Feliu
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de las Islas Baleares

Joan Trujols Albet
Unidad de Conductas Adictivas, Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Prólogo

La colección RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN PSIQUIATRÍA, como señalaba en su presentación, no es una colección de obras de autor. Ciertamente, éstas son cada vez más escasas en el mundo de la literatura científica y, por tanto, en el de la medicina y la psiquiatría. Es lógico; nunca la ciencia ha sido tan «democrática».

La enorme producción científica no puede estar dependiendo de una única persona, y la experiencia, cómo no, también es algo que puede sumarse. En resumen, la producción científica es cada vez más una obra de grupos y de mayor especialización. Exactamente igual, o aún de forma más acentuada, sucede con la investigación.

Esta segunda obra de la colección está dedicada a la terapia cognitivo-conductual (TCC) y está coordinada por Josep Maria Farré y Miquel Àngel Fullana del Institut Universitari Dexeus de Barcelona. Ni una cosa ni otra son casuales; de hecho, la propuesta del Dr. Farré de editar esta obra resultaba imposible de rechazar.

En primer lugar, el tema es tratado con frecuencia de soslayo o superficialmente en las guías terapéuticas y protocolos psiquiátricos, así como en la formación de psiquiatras; a pesar de la evidente utilidad y contrastada efi-

cacia de la TCC en un conjunto de indicaciones precisas. En general, se enfatiza el papel de los psicofármacos (y las clasificaciones como la del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) y se relega a un segundo término todo lo demás, desde la semiología y la psicopatología hasta la psicoterapia. La comunidad científica tiene claro, sin embargo, que psicofarmacoterapia y psicoterapia (en especial la TCC) no sólo no se contraponen sino que se complementan y se suman en el objetivo de beneficiar a nuestros pacientes. En esta obra siempre se indica cúando emplear una u otra, o si son ambas, en qué secuencia terapéutica.

En segundo lugar, tampoco es casual que los coordinadores sean quienes son: el Dr. Farré es Profesor de la Universidad de Barcelona y Jefe del Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática del Institut Universitari Dexeus de Barcelona y tiene de sobras el prestigio y el reconocimiento científico que requiere el director de un grupo de consenso; lo mismo debe decirse del Dr. Fullana, el otro coordinador de la obra y, cómo no, de todos los autores.

Por último, debemos decir que ésta es una obra a tener en cuenta; una obra para aprender, para reflexionar y para los entusiastas de las ciencias de la conducta y de la mejor práctica clínica. También es una obra para disfrutar, así que, sobre todo, disfrútenla.

Octubre de 2004

Pere A. Soler Insa

Prefacio

La complejidad de los cambios en la ciencia exige tres grados procesuales, variación, selección y retención, principios usados fundamentalmente en la teoría de la evolución, pero básicos también en las ciencias de la conducta y aplicables, por tanto, a la terapia de conducta. De hecho, evaluamos la variación conductual hacia la deseable «normalidad» y desde la propia «línea de base» del paciente, así como la influencia de esta variación sobre la relación entre paciente y ambiente. Reforzamos deliberadamente las consecuencias que presuponen ganancias para la salud del sujeto, y fomentamos la selección de respuestas funcionales y su correspondiente retención, procurando la generalización de las conductas «adaptativas» a diferentes situaciones. La terapia de conducta y, por extensión, su extensión cognitiva, la terapia cognitivo-conductual (TCC), mantienen, pues, un compromiso con el método científico y son una secuencia de aprendizaje de habilidades con unos pasos perfectamente definidos: evaluación-información-aplicación de técnicas específicas. Están bien instaladas en un rico nicho ecológico.

Cuenta con la ventaja de ser una excepcional aportación en el abigarrado mundo de las psicoterapias por su

consistencia teórica, su relativa parsimonia, su capacidad para la replicación, la amplia extensión de sus aplicaciones clínicas y su brevedad y eficacia. La TCC ha ido evolucionando con el tiempo, escapando de cierto esquematismo para adaptarse a modelos integradores que preservan la unidad psicobiológica del organismo y que siguen la clásica andadura estímulo-esquema cognitivo-motivación-«afecto» (emoción) y conducta, clarificando no solamente la forma y el contenido de los fenómenos psicopatológicos, sino también su precipitación, oscilaciones e incluso su remisión. Otro progreso ha sido y será seguir con atención las interacciones TCC-psicofármacos, las asociaciones posibles o las TCC en solitario. No es suficiente proponer la potenciación del progreso terapéutico con la combinación de las dos terapias: deben aplicarse los razonamientos metodológicos que permitan llegar a conclusiones que no sean meras fórmulas empíricas y lleven a inclinarse por el tratamiento único o la aleación terapéutica. Hay que profundizar en grupos control, evaluadores independientes, duración del tratamiento o dosis de fármacos, así como protocolizar al máximo cómo iniciar, interrumpir, discontinuar, reanudar o combinar. En este sentido, es curioso constatar que son las estrategias cognitivo-conductuales las que mejores soluciones han aportado para el cumplimiento farmacológico. Desgraciadamente, estamos lejos de llegar a acuerdos sobre un supuesto «grial terapéutico» que todo clínico desearía para afrontar con garantías el tratamiento, aprovechando el doble arsenal del que dispone. Pero sí contamos con estudios controlados para, como mínimo, decidir cuándo,

cómo y en qué condiciones debe aplicarse la terapia de conducta y su orientación cognitiva con sus diversos enfoques. Son estudios que demuestran, en el mejor de los casos, efectividad y rentabilidad y, en el peor, la suficiente capacidad operativa del modelo propuesto como para seguir investigando para encontrar soluciones de futuro. Algunas de estas técnicas forman parte ya del lenguaje común de la psicología clínica y de la psiquiatría, como la exposición, la reestructuración cognitiva o el entrenamiento en habilidades sociales. Otra cosa es el atrevernos a entrar en análisis funcionales de los trastornos que nos toca lidiar en la vida cotidiana profesional y si tenemos suficiente tiempo y conocimientos para aplicar las técnicas en un contexto terapéutico.

Deberá recorrerse un largo camino para comprobar si la asociación TCC-psicofármacos soporta la evaluación clínica experimental, aunque a veces esta conjunción se utilice con excesiva alegría y no siempre con la suficiente objetividad y verificación empírica. Resolver esta cuestión no es, tampoco, el objetivo de esta monografía, que tiene una meta más plausible, pero no por ello menos difícil: seguir la senda de la relación entre los diversos trastornos mentales –sometidos a análisis topográficos pero, como hemos dicho, también funcionales– y la aplicación adecuada de la TCC en ellos. Los capítulos siguen todos un esquema común que ha permitido una estructura organizada, lo cual es doblemente cómodo para el lector y para los autores. A destacar que –siguiendo las instrucciones de los directores de la colección en que se integra– los autores leyeron toda la obra y expresaron críticas cons-

tructivas que enriquecieron cada capítulo, aplicándolas con humildad científica en cada uno de ellos y mejorando el contenido. De ahí la impresión global de cohesión y equilibrio formales del manual, que ha permitido escapar de la impresión de «libro ladrillo» en el que se desgranarían capítulos uno tras otro con exceso de solapamiento e incluso con contradicciones entre los autores.

Los coordinadores agradecemos muy profundamente la confianza de los directores de la colección, pero sobre todo expresamos nuestro agradecimiento a los profesionales que nos han querido acompañar en lo que ha sido la eclosión de una ilusión compartida por todos. Son personajes que escogimos no tanto por su obvia capacidad científica, sino sobre todo por su amplia experiencia clínica en el tema que han tratado, experiencia desarrollada en diversos centros de prestigio. Nuestro agradecimiento se extiende a mi coeditor, Miquel Àngel Fullana, cuya inmensa capacidad de trabajo y amabilidad, amén de sus sólidos conocimientos, han facilitado la tarea de todos, regulando las veleidades y dificultades propias de toda obra compartida. Es gracias a su paciencia e insistencia que una tarea de tantos autores ha llegado a buen puerto sin que prácticamente se noten fisuras.

Hace años que vengo propugnando la necesidad de que los psiquiatras –en su docencia MIR, pero también en su formación continuada– conozcan en profundidad estas terapias, cuándo deben ser recomendadas y se atrevan también ellos a aplicarlas. Por extensión, lo mismo podemos decir de los psicólogos clínicos. Este es un libro que pretende ayudar a conseguirlo. En este sentido, sigue la

tradición de los Dres. Soler Insa y Gascón de protocolizar tratamientos bajo consenso profesional. Pero me permito un pensamiento heterodoxo final: no debemos caer nunca en un concepto orejera con los protocolos, que no permita ver más allá de lo «recomendado». No debemos tampoco ahogar la necesaria inflexión para que seamos unos terapeutas «pensantes» con ideas y estrategias que vayan más allá de las corrientes principales de opinión, heterodoxia siempre presente en la práctica clínica, aunque tenga un límite marcado por el flujo metodológico adecuado.

Pero sea cual sea nuestra visión particular de los hechos, este libro quiere ser un eslabón más en lo que debe ser la comunicación fluida entre los diversos constructos que conforman modelos que debemos procurar que conecten para permitirnos avanzar en una historia más o menos común, más o menos interactiva, pero sobre todo más selectiva en la elección de la estrategia más adecuada para aliviar el sufrimiento de nuestros pacientes.

Josep Maria Farré Martí

Índice de capítulos

CAPÍTULO 1
Introducción 1

¿Qué es la terapia cognitivo-conductual? 1
Características 1
Eficacia y efectividad 3
Eficacia respecto al tratamiento farmacológico 3
Eficacia respecto a otras formas de tratamiento psicológico 4
Aplicación de la TCC. Quién, para qué y para quién 4
Quién 4
Para qué 6
Para quién 6
Mitos y errores frecuentes 7
«La TCC es la aplicación del sentido común. Cualquiera puede hacerlo» 7
«Es un tratamiento demasiado simple para problemas tan complejos» 8
«Los fármacos para lo biológico y la psicoterapia para lo psicológico» 8
«Tratamientos farmacológicos o combinados para los casos graves y psicológicos para los menos graves» 9

«Los tratamientos combinados (fármacos y TCC) son mejores que los tratamientos únicos» ... 9

CAPÍTULO 2
Técnicas de terapia cognitivo-conductual 11

Introducción ... 11
Técnicas de exposición ... 11
Exposición con prevención de respuesta ... 11
Desensibilización sistemática ... 13
Técnicas operantes ... 14
Técnicas para instaurar nuevas conductas o incrementar conductas ya existentes ... 15
Técnicas de reducción de conductas ... 16
Técnicas cognitivas ... 17
Técnicas de reestructuración cognitiva ... 17
Entrenamiento en autoinstrucciones ... 19
Entrenamiento en solución de problemas ... 20
Técnicas de modelado ... 21
Entrenamiento en habilidades sociales ... 22
Técnicas de control de la activación ... 23
Relajación muscular progresiva ... 23
Técnicas de control de la respiración ... 24
Técnicas de autocontrol ... 24

CAPÍTULO 3
Terapia cognitivo-conductual y psicofármacos 27

CAPÍTULO 4
Trastornos de ansiedad e hipocondría 31

FOBIA ESPECÍFICA ... 31
Introducción ... 31
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección ... 32
Exposición ... 32
Otras técnicas ... 33
Fobia a la sangre/inyección/heridas ... 34
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos ... 34
Tratamiento en la práctica clínica ... 35
TRASTORNO DE PÁNICO/AGORAFOBIA ... 35
Introducción ... 35
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección ... 38
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos ... 41
Tratamiento en la práctica clínica ... 42
FOBIA SOCIAL ... 46
Introducción ... 46
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección ... 48
Educación sobre el trastorno ... 49
Exposición ... 49
Técnicas de reestructuración cognitiva ... 50
Entrenamiento en habilidades sociales ... 51
Entrenamiento en concentración en la tarea (cambio del foco de la atención) ... 51
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos ... 52
Tratamiento en la práctica clínica ... 53

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO 54
Introducción 54
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección 56
Educación sobre el trastorno 57
Exposición con prevención de respuesta 57
Técnicas de reestructuración cognitiva 58
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos 59
Tratamiento en la práctica clínica 59
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO 62
Introducción 62
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección 65
Exposición en vivo/imaginada 67
Entrenamiento en el manejo de ansiedad 68
Relajación 69
Respiración diafragmática 69
Reestructuración cognitiva 70
Entrenamiento en asertividad 70
Parada de pensamiento 70
Terapia de juego 71
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos 71
Tratamiento en la práctica clínica 71
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA 73
Introducción 73
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección 76
Educación sobre el trastorno 77
Relajación 78
Técnicas cognitivas 79

Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos 80
Tratamiento en la práctica clínica 81
HIPOCONDRÍA 81
Introducción 81
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección 83
Educación sobre el trastorno 84
Exposición con prevención de respuesta 84
Técnicas de reestructuración cognitiva 85
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos 85
Tratamiento en la práctica clínica 86

CAPÍTULO 5
Trastornos del estado de ánimo 89

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR 89
Introducción 89
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección 90
Modificar un ambiente adverso 91
Incrementar la actividad 91
Mejorar las habilidades 92
Modificar los significados 93
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos 97
Tratamiento en la práctica clínica 97
TRASTORNO BIPOLAR 99
Introducción 99
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección 100
Educación sobre el trastorno (psicoeducación) 100

Técnicas que incrementan el cumplimiento terapéutico ... 101
Entrenamiento en detección de pródromos ... 103
Prevención de recaídas y consecuencias del trastorno ... 103
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos ... 104
Tratamiento en la práctica clínica ... 105

CAPÍTULO 6
Esquizofrenia 107

Introducción ... 107
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección ... 108
Entrenamiento en habilidades sociales ... 109
Intervención familiar ... 109
Rehabilitación neuropsicológica ... 110
Estrategias de afrontamiento ... 111
Reestructuración cognitiva ... 111
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos ... 112
Tratamiento en la práctica clínica ... 112

CAPÍTULO 7
Disfunciones sexuales 115

Introducción ... 115
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección ... 121
Formulaciones generales ... 121
Contraindicaciones de la terapia sexual ... 122
Focalización sensorial ... 122

Terapia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico ... 122
Tratamiento en la práctica clínica ... 125
Deseo sexual hipoactivo ... 125
Aversión al sexo ... 126
Trastorno orgásmico femenino ... 126
Dispareunia ... 127
Vaginismo ... 128
Fracaso de la respuesta genital (disfunción eréctil) ... 129
Eyaculación precoz ... 130
Trastorno orgásmico masculino ... 131
Impulso sexual excesivo ... 131

CAPÍTULO 8
Trastornos del control de los impulsos 135

Introducción ... 135
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección ... 137
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos ... 140
Tratamiento en la práctica clínica ... 141

CAPÍTULO 9
Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas 143

Introducción ... 143
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección ... 144
Entrevista motivacional ... 144
Manejo de contingencias y enfoque de refuerzo comunitario ... 146
Técnicas de exposición ... 147

Prevención de recaídas 148
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos farmacológicos 149
Tratamiento en la práctica clínica 151

CAPÍTULO 10
Síndromes somáticos funcionales 153

Introducción 153
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección 154
Educación 155
Actividad 156
Condicionamiento operante 157
Entrenamiento en relajación y retroacción biológica 157
Técnicas cognitivas 159
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos 161
Tratamiento en la práctica clínica 161

CAPÍTULO 11
Trastornos de conversión y trastornos disociativos 165

Introducción 165
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección 166
Tratamiento de los trastornos de conversión 166
Tratamiento de los trastornos disociativos 167
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos 167
Tratamiento en la práctica clínica 168
Tratamiento de los trastornos de conversión 168
Tratamiento de los trastornos disociativos 171

CAPÍTULO 12
Trastornos de la personalidad 175

Introducción 175
Terapia cognitivo-conductual. Técnicas de elección 178
Terapia cognitivo-conductual y tratamientos psicofarmacológicos 181
Tratamiento en la práctica clínica 181

CAPÍTULO 13
Trastornos en niños y adolescentes 183

Introducción 183
Características generales del abordaje cognitivo-conductual en niños y adolescentes 184
Tratamiento en la práctica clínica 184
Trastornos específicos en niños y adolescentes 186
Trastornos de ansiedad 186
Alimentación selectiva y disfagia funcional 187
Trastorno de conducta 188
Hiperactividad 189
Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis 191

Bibliografía 193

Índice alfabético de materias 201

Introducción

¿QUÉ ES LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL?

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una forma de tratamiento psicológico que parte del supuesto de que los trastornos mentales se caracterizan por –o son debidos a– pensamientos o conductas disfuncionales que pueden ser modificados. Las técnicas empleadas en este tipo de terapia están dirigidas a la modificación de tales pensamientos o conductas.

CARACTERÍSTICAS

Uno de los elementos claves de la TCC es su compromiso con el método científico, lo que implica operacionalizar sus conceptos teóricos y sus métodos terapéuticos y evaluarlos empíricamente.

En su aplicación a los trastornos mentales[1], la TCC intenta ser una forma de tratamiento estructurada cuyo

[1]Aunque no son el objeto de esta monografía, es importante señalar que la TCC ha demostrado también eficacia en otras áreas de la salud no relacionadas con los trastornos mentales.

principal objetivo es reducir los síntomas o el malestar provocado por ellos. Suele centrarse en el estado actual y en los factores que se consideran relacionados con el mantenimiento del trastorno en el presente.

La TCC se puede considerar un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el que el terapeuta ayuda al paciente a identificar y modificar aquellas cogniciones y conductas más implicadas en las dificultades actuales. Habitualmente este proceso sigue tres pasos: evaluación, educación sobre el trastorno y aplicación de técnicas específicas.

La TCC es una forma de tratamiento breve. En los estudios experimentales con pacientes en régimen ambulatorio, el tratamiento suele consistir en aproximadamente 15 o 20 sesiones de contacto con un terapeuta (de alrededor de una hora de duración) durante un período de tiempo inferior a 6 meses. En la práctica clínica probablemente estas cifras varíen al alza, debido a que los pacientes con frecuencia presentan una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales o de la personalidad, lo que en algunos casos no les hace aptos para participar en estudios experimentales. También es probable que, en los trastornos de poca intensidad, unas cuantas sesiones donde se ofrezca educación sobre el trastorno y pautas conductuales (generales y/o específicas) sean suficientes para conseguir mejorías clínicamente significativas.

Otra de las características diferenciales de la TCC respecto a otras formas de terapia son las «tareas para casa», que consisten en que el terapeuta acuerda con el paciente la realización de ciertas actividades entre sesiones.

EFICACIA Y EFECTIVIDAD

Existen numerosos estudios de metodología rigurosa, publicados en las revistas científicas de mayor prestigio, que avalan la eficacia de la TCC como tratamiento único en un gran número de trastornos mentales. En algunos de ellos (p. ej., trastornos psicóticos) la TCC tendría un papel coadyuvante al de la medicación. No existe ninguna otra forma de tratamiento psicológico que haya sido tan estudiada experimentalmente como lo ha sido la TCC.

Una vez demostrada su eficacia, se han empezado a realizar estudios de efectividad, con el objetivo de contrastar la posible replicación en la práctica clínica de los resultados obtenidos en investigaciones experimentales controladas. Aunque este tipo de estudios se encuentran en fases iniciales, para determinados trastornos mentales se ha demostrado que si se cumplen ciertas condiciones (p. ej., un adecuado entrenamiento de los profesionales) estos resultados pueden ser replicados. En cualquier caso, es una cuestión sobre la que es imprescindible seguir investigando.

Eficacia respecto al tratamiento farmacológico

Los primeros estudios comparativos entre fármacos y TCC, que solían arrojar resultados favorables a esta última, han sido justificadamente criticados por razones metodológicas diversas (inexistencia de grupo control, ausencia de evaluadores independientes, duración del tratamiento o dosis inadecuadas de los fármacos utilizados, etc.) o por conseguir una mayor eficacia cuando la TCC

se aplicaba en un centro de referencia para una determinada forma de terapia *(allegiance effect)*. Estudios posteriores han solventado algunas de estas limitaciones, pero sigue siendo difícil establecer conclusiones definitivas, aunque para trastornos específicos parece demostrado que la TCC es, como mínimo, tan eficaz como el más eficaz de los tratamientos farmacológicos.

Eficacia respecto a otras formas de tratamiento psicológico

La TCC es la única forma de tratamiento psicológico cuya eficacia se ha contrastado de forma repetida y en numerosos trastornos mentales. La psicoterapia interpersonal es otra forma de tratamiento psicológico sobre la que existen algunos estudios metodológicamente rigurosos que avalan su eficacia, aunque se ha aplicado a menos trastornos que la TCC.

En general, sobre otras formas de psicoterapia (psicodinámica, sistémica, rogeriana, etc.) casi no existen estudios controlados que demuestren su eficacia.

APLICACIÓN DE LA TCC. QUIÉN, PARA QUÉ Y PARA QUIÉN

Quién

Por distintos motivos, en nuestro contexto han sido tradicionalmente psicólogos (y, en menor medida, psiquiatras) quienes han aplicado la TCC. En países con mayores recursos (y más interés por la educación), la formación

en TCC presenta un mayor grado de especialización y los «controles de calidad» sobre quienes utilizan esta forma de tratamiento son más rigurosos.

La TCC no es patrimonio exclusivo de un determinado tipo de profesional –como no lo es, por ejemplo, el uso de psicofármacos–, aunque parece lógico que exista una regulación de los criterios de formación mínima exigibles a quienes la utilicen, porque de no ser así se corre el riesgo, como probablemente está sucediendo, de que se utilice con demasiada ligereza la etiqueta «terapia cognitivo-conductual».

La utilización preferente del método científico ha seducido a los profesionales de ámbitos académicos y ha contribuido a que la mayor parte de las publicaciones sobre TCC en nuestro contexto provengan precisamente de tales ámbitos. Sin embargo, esto ha provocado que las aportaciones teóricas (y prácticas) provengan de profesionales con poco contacto con el mundo clínico, un aspecto sobre el que ha existido un escaso sentido crítico. Parece necesario un mayor acercamiento entre «clínicos» y «académicos» para el avance de la TCC en nuestro país.

Idealmente, el profesional que practique la TCC debería recibir una formación específica en las técnicas que va a utilizar, que debería incluir, al menos en estados iniciales, la supervisión de casos por parte de terapeutas expertos. Es importante además que posea unos profundos conocimientos de psicología y psicopatología. La TCC asume con frecuencia la existencia de un continuo entre conducta normal y anormal y, por lo tanto, parece imprescindible conocer las teorías más relevantes sobre con-

ducta humana «normal» para poder determinar la conducta «anormal» y tratarla con éxito.

Para qué

Como ya se ha señalado, existen evidencias de que la TCC resulta eficaz para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades mentales, aunque el grado de evidencia de la eficacia varía entre los diferentes trastornos. La American Psychological Association ha venido publicando en los últimos años guías en las que se concretan los trastornos para los que existen tratamientos psicológicos cuya eficacia está empíricamente respaldada[2].

La eficacia en sí también es distinta, pues es muy alta en determinados trastornos y moderada o baja en otros. Finalmente, la necesidad de combinación con tratamientos psicofarmacológicos también parece ser variable. En cualquier caso, la TCC no es ninguna panacea para el tratamiento en salud mental: incluso en aquellos trastornos en los que ha demostrado ser más eficaz, más de un tercio de los pacientes no la aceptan o no responden. Además, aunque no parecen existir contraindicaciones específicas, la TCC no se ha probado en determinados trastornos.

Para quién

No parece existir un perfil único de paciente que presente una buena respuesta a la TCC. La mayoría de intentos por buscar factores predictores de resultado terapéutico han sido infructuosos. En general, la implicación del paciente en el tratamiento, y específicamente la realización de las «tareas para casa», parece ser uno de los mejores predictores de buen resultado.

[2]Estas guías pueden consultarse en la página web: www.apa.org/divisions/div12/rev_est/index.shtml.

MITOS Y ERRORES FRECUENTES

«La TCC es la aplicación del sentido común. Cualquiera puede hacerlo»

A un profesional le puede parecer de «sentido común», por ejemplo, tranquilizar a un paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) sobre sus temores. Pero la investigación experimental ha demostrado que esta es una práctica yatrogénica. Una correcta aplicación de la TCC no es fácil y necesita un buen entrenamiento, que puede durar varios años. Sin embargo, está demostrado que la aplicación de determinadas técnicas (p. ej., las de exposición para el tratamiento de la fobia social) pueden ser aprendidas eficazmente por profesionales sin formación específica en un corto período de tiempo.

También existen grados de especialización dentro de la propia TCC. Algunos profesionales únicamente desean aprender a dar algunas pautas conductuales simples, mientras que otros están interesados en aplicar técnicas más complejas (p. ej., de reestructuración cognitiva). Para esto último es necesario un aprendizaje práctico y una estrecha supervisión. Un cirujano no aprende a operar leyendo un libro y un terapeuta cognitivo-conductual pro-

bablemente tampoco pueda manejar de forma eficaz las técnicas de TCC sin un aprendizaje específico.

«Es un tratamiento demasiado simple para problemas tan complejos»

Algunos profesionales piensan que tratamientos como la exposición con prevención de respuesta son demasiado «simples» para poder tratar eficazmente trastornos clínicamente complejos como por ejemplo el trastorno obsesivo-compulsivo. Isaac Marks, uno de los investigadores más brillantes en TCC, recuerda que, a pesar de los millones de dólares gastados en avances tecnológicos aplicados a la medicina, unas sencillas instrucciones[3] de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a las madres de países del tercer mundo han salvado muchas más vidas que dichos progresos tecnológicos. De momento, parece preferible juzgar los tratamientos en salud mental por su eficacia y no por su aparente validez.

«Los fármacos para lo biológico y la psicoterapia para lo psicológico»

Los fármacos y la TCC actúan modificando la actividad cerebral, aunque los mecanismos específicos de tal actuación todavía no son del todo conocidos. La supuesta mayor

[3]«Hervir una taza de agua, poner en ella un pellizco de sal con tres dedos, remover, probarlo y, si no está demasiado salado ni caliente, dárselo al niño». Detrás de estas sencillas instrucciones se encuentran doscientos años de progreso científico sobre la naturaleza de la deshidratación y cómo corregirla.

«carga biológica» o genética de determinados trastornos dice muy poco sobre su posible respuesta a un determinado tipo de tratamiento. Está demostrado, por ejemplo, que los factores genéticos desempeñan un papel destacado en el origen de las fobias específicas y, sin embargo, en estos trastornos un tratamiento puramente conductual obtiene resultados muy eficaces.

«Tratamientos farmacológicos o combinados para los casos graves y psicológicos para los menos graves»

La gravedad es un concepto muy complejo en salud mental. En algunos trastornos no parece ser el mejor criterio para optar por un tratamiento farmacológico o psicológico, y otros criterios (acceso a y viabilidad del tratamiento, preferencias del paciente, etc.) pueden orientar mejor la decisión. En cualquier caso, éste es un aspecto todavía poco investigado.

«Los tratamientos combinados (fármacos y TCC) son mejores que los tratamientos únicos»

Aunque se trata de una cuestión todavía debatida y que sólo se ha estudiado para algunos trastornos, parece que la combinación de ambas modalidades terapéuticas no siempre ofrece beneficios sobre la utilización de una de las dos en solitario.

Técnicas de terapia cognitivo-conductual

INTRODUCCIÓN

Aunque la terapia cognitivo-conductual (TCC) no puede reducirse a un listado finito de técnicas y procedimientos terapéuticos, los métodos o técnicas generales que constituyen su columna vertebral –y que en sus múltiples variantes superan los doscientos– pueden incluirse dentro de las siguientes categorías: *a)* métodos basados en la exposición; *b)* técnicas operantes; *c)* técnicas cognitivas; *d)* técnicas de modelado; *e)* entrenamiento en habilidades sociales; *f)* entrenamiento en técnicas de control de la activación, y *g)* métodos de autocontrol.

TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN

Exposición con prevención de respuesta

Consiste en la planificación de confrontaciones sistemáticas, repetidas y prolongadas (exposición) a los estímulos (situaciones) que provocan el miedo-ansiedad, que deben mantenerse hasta que éste remita, previniendo la

aparición de conductas de huida o evitación, entre las que se incluyen las conductas de seguridad y las compulsiones (prevención de respuesta). Con ello se persigue la habituación a los estímulos ansiógenos y/o de las respuestas de tensión experimentadas durante la confrontación y la posterior extinción de las respuestas condicionadas de miedo. Mediante este procedimiento también se pretende romper el valor de reforzamiento negativo (desaparición de las consecuencias aversivas asociadas con la exposición a la situación temida) de las respuestas de huida y evitación, impidiendo que las conductas de escape se conviertan para el individuo en referentes de seguridad. La exposición prolongada a las situaciones temidas, a la vez, puede facilitar un cambio de expectativas en la persona, al experimentar de forma directa que las consecuencias negativas previstas no se cumplen.

Existe una multitud de variantes de las técnicas de exposición con prevención de respuesta en función de:

- La modalidad de presentación de los estímulos (en vivo, a estímulos externos e interoceptiva; imaginada, mediante realidad virtual o asistida por ordenador).
- La temporalización de las sesiones de exposición (en una sola sesión, masiva, en sesiones espaciadas).
- El gradiente de aproximación a los estímulos temidos-evitados (desde la inundación a una aproximación muy gradual).
- La implicación del terapeuta (desde el modelado participante a la autoexposición; la participación o no de un coterapeuta).

- La adición (o no) de técnicas de afrontamiento (estrategias cognitivas diversas como la distracción o las verbalizaciones positivas, técnicas de control de la activación, transmisión de información, etc.).
- La aplicación de forma individual o en grupo.

Sea cual sea la variante utilizada, debe empezarse por elaborar un listado de las situaciones evitadas o asociadas a un malestar significativo, que deben describirse de la forma más precisa posible. Este listado, una vez ordenado de menor a mayor según el grado de malestar o dificultad que provoque la confrontación con la situación temida, servirá de base para la elaboración de la jerarquía de exposición. Esta jerarquía debe referirse a un solo objeto o situación temida. En el caso de que la persona tema o evite más de una situación –lo cual suele ser muy frecuente en la mayoría de trastornos– deben elaborarse jerarquías separadas para cada una de ellas.

Desensibilización sistemática

Esta técnica está en claro desuso para la mayoría de trastornos y ha sido sustituida por las técnicas de exposición con prevención de respuesta. Consiste en la presentación gradual de estímulos ansiógenos, por lo habitual primero en la imaginación, para pasar posteriormente a situaciones en vivo, una vez que el sujeto ha desarrollado una respuesta alternativa y antagónica a la ansiedad (como la relajación muscular) con el fin de promover el contracondicionamiento por inhibición recíproca. Mien-

tras se produce la respuesta antagónica (relajación), se presenta el estímulo temido (durante un período de 5 a 7 segundos) que el sujeto debe visualizar ayudado por las descripciones detalladas del terapeuta en presentaciones repetidas hasta que no le genere malestar.

TÉCNICAS OPERANTES

Las técnicas operantes están basadas en los principios del condicionamiento operante. Se actúa manipulando externamente las relaciones funcionales entre los antecedentes, la conducta y sus consecuencias, con el objeto de instaurar o incrementar conductas de baja frecuencia y/o reducir las disfuncionales de alta frecuencia. Se fundamentan en la concepción de que la probabilidad de aparición de una conducta depende, en gran medida, de las consecuencias que la siguen y de la presencia de estímulos antecedentes que informan de la disponibilidad o no de reforzadores para la emisión de una respuesta determinada. Se dividen en dos grandes bloques:

- Técnicas para instaurar nuevas conductas (reforzamiento positivo, moldeamiento por aproximaciones sucesivas, encadenamiento, contrato de contingencias, economía de fichas y reforzamiento negativo).
- Técnicas de reducción de conductas (extinción, castigo, tiempo fuera de reforzamiento positivo, coste de respuesta, saciación, desvanecimiento y sobrecorrección). A continuación se describen las más utilizadas.

Técnicas para instaurar nuevas conductas o incrementar conductas ya existentes

Reforzamiento positivo

Consiste en la administración de un reforzador positivo (primario o secundario/material, social o de actividad) de forma contingente a la emisión de la conducta que se pretende incrementar. Al inicio se refuerzan todas las emisiones correctas –en el caso de que la conducta se dé en muy baja frecuencia– para posteriormente ir incrementando el número de ejecuciones adecuadas para acceder al reforzador positivo. De este modo se pretende que la respuesta resulte más resistente a la extinción.

Contrato de contingencias

Se trata de un acuerdo negociado y por escrito, entre al menos dos personas (terapeuta, paciente/s, allegados), en el que se especifican los objetivos conductuales que debe alcanzar el sujeto o sujetos y las conductas específicas que han de llevarse a cabo, en un período de tiempo determinado, para acceder a un reforzador concreto. A menudo implica a otras personas, tomando como base la reciprocidad de conductas. En estos contratos es frecuente el uso del principio de Premack, que establece que cualquier conducta que se produce con muy elevada frecuencia puede ser usada de forma contingente para reforzar otra de baja ocurrencia.

Técnicas de reducción de conductas

Extinción

La extinción es un procedimiento consistente en suspender o retirar el reforzador positivo que mantiene una respuesta con el objetivo de reducir a cero su probabilidad de ocurrencia. Antes de que se produzca la reducción en la ocurrencia de la respuesta tiene lugar un incremento notable en su frecuencia o intensidad. Es importante tener en cuenta este hecho, pues suspender el procedimiento en este punto supondría empeorar de forma ostensible el estado de cosas respecto al momento inicial. La técnica está particularmente indicada para reducir las respuestas desadaptativas, mantenidas en gran medida por el refuerzo social positivo. El procedimiento debe acompañarse del reforzamiento positivo de otras conductas alternativas a la que deseamos extinguir.

Castigo

Consiste en la presentación de un estímulo aversivo de manera contingente a la ocurrencia de la respuesta que se quiere eliminar. El estímulo seleccionado debe ser de alta intensidad y el nivel de contingencia debe ser el mayor posible. Su utilización se limita a aquellos casos en los que la integridad física del sujeto o de las personas que le rodean corra serio peligro (p. ej., autolesiones). En cualquier caso, debe tenerse en cuenta que la utilización del castigo puede ir acompañada de efectos adversos diversos, como las dificultades de generalización (el sujeto aprende a discriminar las situaciones en que las conductas no son castigadas); la presentación de conductas de evitación de situaciones, personas y/o actividades asociadas con el castigo, debido a que éstas se convierten en estímulo discriminativo de la presentación del estímulo aversivo; la aparición de estados emocionales adversos como parte de las respuestas incondicionadas desencadenadas por estímulos aversivos de alta intensidad, etc.

TÉCNICAS COGNITIVAS

Técnicas de reestructuración cognitiva

Están dirigidas a la modificación directa de pensamientos automáticos negativos y creencias (esquemas cognitivos disfuncionales) que se consideran mediadores fundamentales de las diferentes manifestaciones de muchos trastornos psicopatológicos.

En la *terapia cognitiva de Beck*, la estrategia fundamental consiste en la detección y posterior modificación de los pensamientos automáticos negativos y, en su caso, de las distorsiones cognitivas asociadas. Para ello, se instruye al paciente en la observación del vínculo entre pensamientos y emociones y en la clarificación de los propios pensamientos relativos a la emoción. La reconsideración de los pensamientos automáticos y la adopción de nuevas perspectivas de la realidad se hace, fundamentalmente, a través de cuatro pasos:

- Llegar a considerar las valoraciones cognitivo-emocionales como hipótesis que pueden, y deben, someterse a comprobación. Se pretende que se aprenda a establecer distinciones entre lo que uno piensa y la realidad.
- Evaluar las evidencias disponibles sobre el pensamiento-creencia, mediante la definición-clarificación de la creencia (cuestionamiento, registro para la identificación de pensamientos, etc.), el análisis de las implicaciones últimas de esas creencias (técnica de la flecha descendente, descatastrofización, etc.) y el sometimiento a pruebas de realidad (experimentos conductuales).
- Generación de explicaciones alternativas que permitan, de forma progresiva, la sustitución de los pensamientos desadaptativos por otros más funcionales y realistas que, en definitiva, serían la base para la modificación de la acción.
- Por último, acabar generando suposiciones básicas (esquemas) más adaptativas. El proceso que se sigue para ello consiste en la identificación y discusión de los supuestos básicos disfuncionales, instando al sujeto a que pruebe su validez. Las estrategias que se utilizan son muy variadas y complejas y no se encuentran excesivamente estructuradas. El terapeuta guía al paciente en la exploración, ayudándole a inferir los supuestos a partir de las cogniciones desadaptativas y sometiendo a prueba las reglas que hayan sido inferidas. El proceso va de lo más específico y explícito a lo más general e inferido, empezando por la identificación de los pensamientos automáticos, siguiendo con la identificación de los contenidos generales de dichos pensamientos, para acabar con la formulación de las reglas principales que el paciente tiene sobre su vida. Llegados a este punto se procede a la generación de los nuevos supuestos, mediante procedimientos muy similares a los empleados en la modificación de los pensamientos automáticos negativos (generación de supuestos alternativos, pruebas de realidad, asignación gradual de tareas, etc.).

Entrenamiento en autoinstrucciones

Método dirigido a la autorregulación verbal de la conducta con el objeto de que las verbalizaciones del sujeto interrumpan las cadenas de comportamiento disfuncionales y generen respuestas más adecuadas a la tarea y situación. El entrenamiento incluye, secuencialmente, los siguientes pasos:

- Un modelo resuelve una tarea regulando su conducta a través de verbalizaciones mientras el sujeto observa (modelado cognitivo).
- El sujeto resuelve la misma tarea mientras el terapeuta dirige su conducta en voz alta (guía externa manifiesta).
- El sujeto resuelve la tarea mientras controla su conducta repitiendo en voz alta las instrucciones adecuadas (guía manifiesta).
- El sujeto resuelve la tarea murmurando las instrucciones (guía manifiesta atenuada).

- El sujeto resuelve la tarea empleando las autoinstrucciones de forma encubierta como un diálogo interno (las autoinstrucciones propiamente dichas).

Entrenamiento en solución de problemas

Se centra en instruir al sujeto en la existencia de diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para abordar situaciones problemáticas y enseñarle el procedimiento para seleccionar la opción más efectiva para su caso particular. El entrenamiento se estructura en cinco fases:

- Orientación general: reconocer la existencia de un problema.
- Definición y formulación del problema: especificar en términos conductuales el problema y los objetivos que quieren alcanzarse.
- Generación de alternativas: generar el mayor número de alternativas posibles para la solución del problema de acuerdo con los objetivos planteados sin detenerse, por el momento, a valorar su viabilidad.
- Toma de decisiones: determinar cuál es la alternativa que se adecua mejor a la situación, examinando los pros y contras de todas ellas, y programar su puesta en práctica en pasos específicos.
- Verificación: valorar la eficacia de la solución seleccionada y plantear qué hacer después, lo cual puede suponer volver a fases anteriores para retomar el proceso.

TÉCNICAS DE MODELADO

La persona observa a uno o a diferentes individuos (modelos), en vivo o mediante filmaciones (modelado simbólico), mientras llevan a cabo las conductas que se pretende que el observador acabe desarrollando y/o poniendo en práctica. Esta técnica se basa en la concepción del aprendizaje social que establece que observando a los otros formamos reglas de conducta (representaciones simbólicas de las acciones) y que esta información codificada sirve en ocasiones futuras de guía para la acción.

Los modelos que ofrecen mayores garantías de que sus comportamientos influyan en las personas a las que se hallan expuestos son los que, siempre según el criterio del observador, reúnen las siguientes características:

- Son personas con prestigio, competentes, cuentan con valor afectivo para el que les observa y se encuentran situados en un nivel elevado dentro de su escala de valoración social.
- Son semejantes al sujeto (los iguales) y tienen un notable control de los medios de gratificación (estos últimos parecen ser especialmente indicados en la promoción del aprendizaje a través de modelado).

La exposición a diferentes modelos promueve la generalización del entrenamiento. Los modelos de afrontamiento (aquellos que en un primer momento muestran dificultades y una competencia similar a la del observador

y que de manera gradual van mejorando hasta alcanzar los resultados deseados) son preferibles, por lo general, a los modelados expertos. Otra variante del modelado es el *modelado participante*, utilizado en el tratamiento de algunos trastornos fóbicos. En este caso, el terapeuta actúa en primer lugar como modelo, mientras interacciona con el objeto o situación temida por el observador. Después, modelo y observador se exponen conjuntamente a esa situación.

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento multicomponente dirigido a la adquisición y/o mejora, mediante el ensayo conductual, de las diferentes respuestas instrumentales y de interpretación de las situaciones sociales, necesarias para una actuación socialmente competente en cada una de las situaciones interpersonales en las que la persona muestre deficiencias. Para conseguirlo combina, de una manera semiestructurada, las siguientes técnicas de intervención específicas:

- Instrucción directa, por transmisión verbal o escrita, sobre los componentes de las respuestas que deben emitirse en la situación indicada.
- Modelado.
- Ensayo conductual.
- Retroalimentación de la ejecución y reforzamiento social positivo de las respuestas adecuadas.

El entrenamiento puede hacerse individualmente o en grupo. El procedimiento más habitual es el de grupo, que ofrece algunas ventajas, además de los costes, como la disponibilidad de diferentes modelos para observar, la existencia de más posibilidades para planificar las exposiciones y actuaciones simuladas o aspectos de tipo motivacional relacionados con la dinámica de grupo (compromiso, control externo, apoyo social, etc.).

TÉCNICAS DE CONTROL DE LA ACTIVACIÓN

Los dos grupos de técnicas principales que se incluyen en este apartado son las técnicas de relajación (muscular progresiva, autógena, etc.) y las de control de la respiración.

Relajación muscular progresiva

Se enseña al sujeto a relajarse mediante ejercicios de tensión y distensión (relajación) alternativa de diferentes grupos musculares (las distintas versiones de la técnica se diferencian fundamentalmente en el número de grupos musculares que se trabajan). Se persigue que el individuo aprenda a identificar las señales fisiológicas que indican que los músculos están en tensión y, una vez identificadas, ponga en práctica las habilidades aprendidas para su relajación.

El programa se inicia con el entrenamiento en tensión-relajación de cada uno de los grupos musculares por

separado. Se continúa con la agrupación gradual de diferentes paquetes musculares hasta llegar a la relajación mediante el simple recorrido mental de las distintas zonas del cuerpo para detectar en ellas señales de tensión y proceder a su relajación –sin necesidad de la tensión muscular previa–. Por lo general, durante el entrenamiento en tensión-relajación se asocian palabras o imágenes a las sensaciones de relajación para que después permitan evocar con mayor facilidad esas mismas sensaciones sin necesidad de tensar previamente los grupos musculares.

El empleo de la relajación muscular progresiva como técnica de afrontamiento para el manejo de sensaciones corporales desagradables y ante situaciones ansiógenas en la vida cotidiana se conoce como *relajación aplicada*.

Técnicas de control de la respiración

Tienen como objetivo el control voluntario de la actividad respiratoria, que pasa por una utilización más completa de la capacidad pulmonar, facilitando una correcta respiración diafragmática, lo cual conduce a un ritmo respiratorio más sosegado (entre 6 y 8 resp./min en la respiración lenta o profunda y entre 10 y 12 resp./min en la respiración controlada).

TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

Conjunto de técnicas dirigidas a la adquisición y/o puesta en práctica de estrategias generadas por el propio

sujeto para alterar de forma deliberada la probabilidad de que se produzcan ciertas respuestas (conductuales o cognitivas), ya sea para aumentarlas o para disminuirlas, de acuerdo con unos objetivos determinados por él mismo, mediante la manipulación de las condiciones que anteceden y que siguen a estas respuestas. Para alcanzar este objetivo el sujeto debe adquirir las siguientes habilidades, que dan lugar a las diferentes fases del entrenamiento en autocontrol:

- *Autoobservación*. Saber observar y registrar de forma objetiva su propia conducta. Como paso previo es necesario que el individuo sepa operativizar sus problemas para, más adelante, poder recoger datos sobre sus características más específicas y las relaciones funcionales existentes entre su comportamiento y las condiciones del medio en que se dan.
- *Establecimiento de objetivos*. A partir de los datos recogidos en la fase anterior (línea base), la persona debe establecer unos criterios específicos y realistas para ajustar su conducta en el futuro (incremento o reducción de la conducta que pretende alcanzarse y condiciones en las que debe emitirse).
- *Planificación ambiental-control de estímulos*. Debe buscarse o generarse un entorno favorable para hacer más probable la consecución de los objetivos previamente determinados.
- *Autoevaluación*. Saber determinar si su conducta se ajusta a los criterios específicos establecidos con anterioridad.

- *Autorreforzamiento-programación conductual*. Ser capaz de programar consecuencias reforzantes, positivas en el caso de haber alcanzado los objetivos establecidos y negativas para el caso en que la ejecución no haya cubierto los criterios comportamentales marcados por el propio sujeto.

Terapia cognitivo-conductual y psicofármacos

El fundamento teórico de la interacción entre la terapia cognitivo-conductual (TCC) y los tratamientos psicofarmacológicos se basa en la siguiente afirmación: los procedimientos psicoterapéuticos actúan a través de modificaciones en la biología cerebral, es decir, de los mismos mecanismos básicos que los fármacos. Por lo tanto, el estudio de sus interacciones debe plantearse a partir del análisis de los diferentes niveles de integración que propone la biología, desde la genética de la neurotransmisión hasta los efectos del contexto cultural, pasando por una amplia serie de niveles intermedios que incluyen procesos como el neurodesarrollo o los aprendizajes efectuados por el sujeto en un determinado contexto cultural. Desde el punto de vista científico no es imaginable otro planteamiento y existen cada vez más pruebas que fundamentan esta afirmación. Valga como ejemplo destacado, y ya clásico, el trabajo de Lewis R. Baxter publicado en *Archives of General Psychiatry* en 1992 que documenta, mediante tomografía por emisión de positrones (PET), la existencia de cambios en el metabolismo de la glucosa en el núcleo caudado y en la corteza orbitofrontal tras un tratamiento con fluoxetina o con TCC en

dos grupos separados de pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): los cambios observados en ambos grupos fueron similares y especialmente prominentes en los pacientes con una respuesta favorable al tratamiento. Desde un punto de vista práctico, la cuestión realmente importante reside en conocer los mecanismos precisos por los que actúa cada procedimiento terapéutico y establecer cuáles son sus interacciones, lo que permitiría diseñar tratamientos a la medida de cada sujeto y su circunstancia. Ciertamente, en la actualidad este planteamiento sólo es realizable en muy pequeña medida, pues la investigación desarrollada en este campo es escasa, pero sin duda es el camino que hay que seguir. A la espera de información más rigurosa, el trabajo clínico debe basarse en los escasos datos disponibles complementados en buena medida con un conocimiento derivado del consenso entre profesionales.

Un aspecto general que parece conveniente comentar en este apartado sobre la interacción fármacos/TCC, y poco estudiado en la literatura especializada, es la atribución que el paciente hace en relación a los tratamientos prescritos y que depende, en buena medida, de cómo se le plantean por parte del profesional, lo cual, a su vez, depende de cómo éste se plantea la prescripción. De ahí la importancia de efectuar lo que podría denominarse una «prescripción conductual» del fármaco con implicaciones a dos niveles:

- En los casos que procede, plantearse el profesional la prescripción del fármaco como un acto terapéutico en el

marco más amplio del tratamiento global del paciente, es decir, no como la solución definitiva del problema, sino como una forma de facilitar el efecto de la terapia asociada. Con demasiada frecuencia el profesional prescribe el fármaco como tratamiento fundamental y considera la TCC como un tratamiento secundario o paliativo para síntomas residuales.
- Explicar al paciente la prescripción del fármaco como un procedimiento al servicio de un cambio terapéutico que eventualmente exigirá otras medidas, como cambios cognitivos (estrategias de afrontamiento al estrés) o conductuales (hábitos inadecuados, conductas de riesgo, etc.). Tomar estas medidas cuando se prescribe un psicofármaco facilita la comprensión del sentido global del tratamiento y, con toda probabilidad, hace más difícil que el paciente vincule excesivamente la mejoría de los síntomas al efecto del fármaco al situarlo en el contexto general de la terapia.

Trastornos de ansiedad e hipocondría

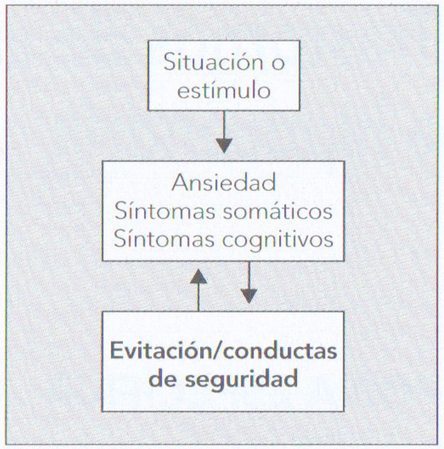
FOBIA ESPECÍFICA

INTRODUCCIÓN

Las fobias específicas son trastornos muy frecuentes, tanto en la población general como en muestras clínicas, aunque en la práctica clínica muy pocas veces constituyen el motivo de consulta o diagnóstico principal. Actualmente las fobias específicas se clasifican en cuatro subtipos: animal, situacional, sangre/inyección/heridas y ambiente natural. Existe una categoría residual para las fobias no incluidas en los anteriores apartados (p. ej., la fobia a tragar). Esta clasificación se basa en las diferencias en variables como la edad de inicio, la comorbilidad y el diferente patrón de respuesta psicofisiológico ante el estímulo temido. Se trata, por lo tanto, de un trastorno muy heterogéneo.

Aunque en la actualidad existen modelos más sofisticados sobre el origen y el mantenimiento de las fobias específicas, el modelo clásico que insiste en el papel de la disminución de la ansiedad como reforzador de la evitación sigue siendo útil para explicar el mantenimiento y orientar el tratamiento del trastorno (fig. 4-1). Con inde-

Figura 4-1
Modelo conductual del mantenimiento de las fobias específicas.



pendencia de la vía de adquisición, el principal factor de mantenimiento de las fobias específicas es la evitación del objeto-situación temida, que impide una correcta habituación de la ansiedad.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

Existe un amplio consenso en que la TCC es el tratamiento de elección para las fobias específicas. Los resultados de estudios controlados sugieren una eficacia cercana al 80 % en los pacientes que finalizan el tratamiento. La técnica de elección es la exposición, preferentemente en vivo.

Exposición

La exposición es la técnica de elección para todos los subtipos de fobias, excepto para la fobia a la sangre/inyección/heridas donde debe combinarse con otras técnicas

(véase más adelante). El paciente afronta las situaciones que evita o le generan ansiedad hasta conseguir una habituación de la misma. Siempre que sea posible, la exposición debe realizarse en vivo, aunque en ciertas fobias (p. ej., a las tormentas) el recurso a medios «artificiales» para conseguir la exposición repetida será imprescindible. En algunos casos donde el coste de la exposición en vivo es muy elevado (p. ej., fobia a volar en avión), se han utilizado programas de exposición asistida por ordenador o técnicas de realidad virtual con buenos índices de eficacia. También se ha demostrado la eficacia del tratamiento mediante una única sesión de exposición para algunos tipos de fobias específicas. En estos casos, la técnica de exposición se acompaña de modelado participante y se persigue el sobreaprendizaje (que el paciente vaya más allá en su contacto con el objeto-situación fóbico de lo que se espera en condiciones naturales).

Otras técnicas

El recurso a técnicas de reestructuración cognitiva no añade eficacia en la mayoría de casos al tratamiento de exposición.

Aunque clásicamente la desensibilización sistemática, una variante de la exposición, se aplicaba en las fobias específicas con el paciente en estado de relajación, está demostrado que el entrenamiento en relajación no es eficaz para su tratamiento y, por lo tanto, no tiene sentido su aplicación como componente único o como coadyuvante de la exposición.

Fobia a la sangre/inyección/heridas

Se caracteriza por una respuesta psicofisiológica específica, que incluye una primera fase de activación simpática seguida muy rápidamente por una fase de activación parasimpática, con disminución del latido cardíaco y la presión arterial, lo que puede provocar fácilmente el desmayo del paciente.

En estos casos se utiliza el *entrenamiento en tensión aplicada*, cuyo objetivo es prevenir el desmayo. Se enseña al paciente a tensar los músculos de los brazos, piernas y pecho con el fin de incrementar la presión arterial y, posteriormente, se le enseña a reconocer las señales internas de descenso de la presión y a aplicar la tensión en las situaciones temidas. Una vez adquirida esta habilidad se procede, como en el resto de fobias específicas, a promover la exposición gradual a los estímulos fóbicos, primero a imágenes relacionadas con la sangre/heridas/inyecciones y después en situaciones reales, recurriendo a la tensión aplicada si se experimentan sensaciones que presagien desmayo.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

Los fármacos no se consideran el tratamiento de elección para las fobias específicas y no existen estudios que comparen ambos procedimientos.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Dar pautas generales de afrontamiento de la situación temida puede ser suficiente en algunos pacientes y no siempre es necesario elaborar una jerarquía exhaustiva de las situaciones evitadas.
- En las fobias específicas graves probablemente será preciso un programa de exposición sistemática. La eficacia de la técnica es similar si se empieza exponiendo a la persona a situaciones que generan niveles moderados de ansiedad o si se hace por niveles más altos, aunque esta última opción puede conducir a una mayor tasa de abandonos.
- La exposición masiva (práctica de exposición frecuente) parece ser más eficaz que la exposición en sesiones más espaciadas. También parece que la exposición a estímulos variados y en diferentes contextos facilita el mantenimiento de los resultados a medio y largo plazo.
- La exposición del paciente sin la ayuda del terapeuta es probablemente tan eficaz como con el terapeuta, aunque es posible que esta última facilite un mayor cumplimiento del tratamiento y un mayor control de su «calidad».

TRASTORNO DE PÁNICO/AGORAFOBIA

INTRODUCCIÓN

El trastorno de pánico con o sin agorafobia es uno de los trastornos de ansiedad atendidos con más frecuencia

en la práctica clínica. En la población adulta, la edad media del comienzo del trastorno de pánico sin agorafobia o con agorafobia leve es 24 años, mientras que la del trastorno de pánico con agorafobia se sitúa en los 28 años. Según un estudio epidemiológico australiano que incluyó a 10.641 personas y siguiendo los criterios de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), la prevalencia anual del trastorno de pánico fue del 1,3 %; con agorafobia del 0,6 %; y la de la agorafobia sin trastorno de pánico del 1,6 %. Así pues, la prevalencia anual de la agorafobia fue del 2,2 % (con dos mujeres por cada varón) y la mayoría de los agorafóbicos no presentaron historia de trastorno de pánico.

Ambos trastornos pueden fluctuar marcadamente, con remisiones (por lo general parciales) y recaídas de duración variable. Una recuperación de relativa estabilidad es improbable si no ha habido tratamiento o éste no ha sido el adecuado. Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y afectivos, hipocondría, abuso de sustancias y trastornos de personalidad.

La figura 4-2 presenta un modelo explicativo del mantenimiento del pánico/agorafobia. En el caso del trastorno de pánico, las situaciones temidas no son las típicas agorafóbicas (p. ej., transportes públicos, cines, grandes almacenes), sino aquellas que producen sensaciones atemorizantes (p. ej., hacer ejercicio intenso, permanecer en ambientes calurosos o beber café). Conviene destacar que la activación fisiológica que puede ser interpretada catastróficamente («voy a sufrir un infarto») y dar lugar a

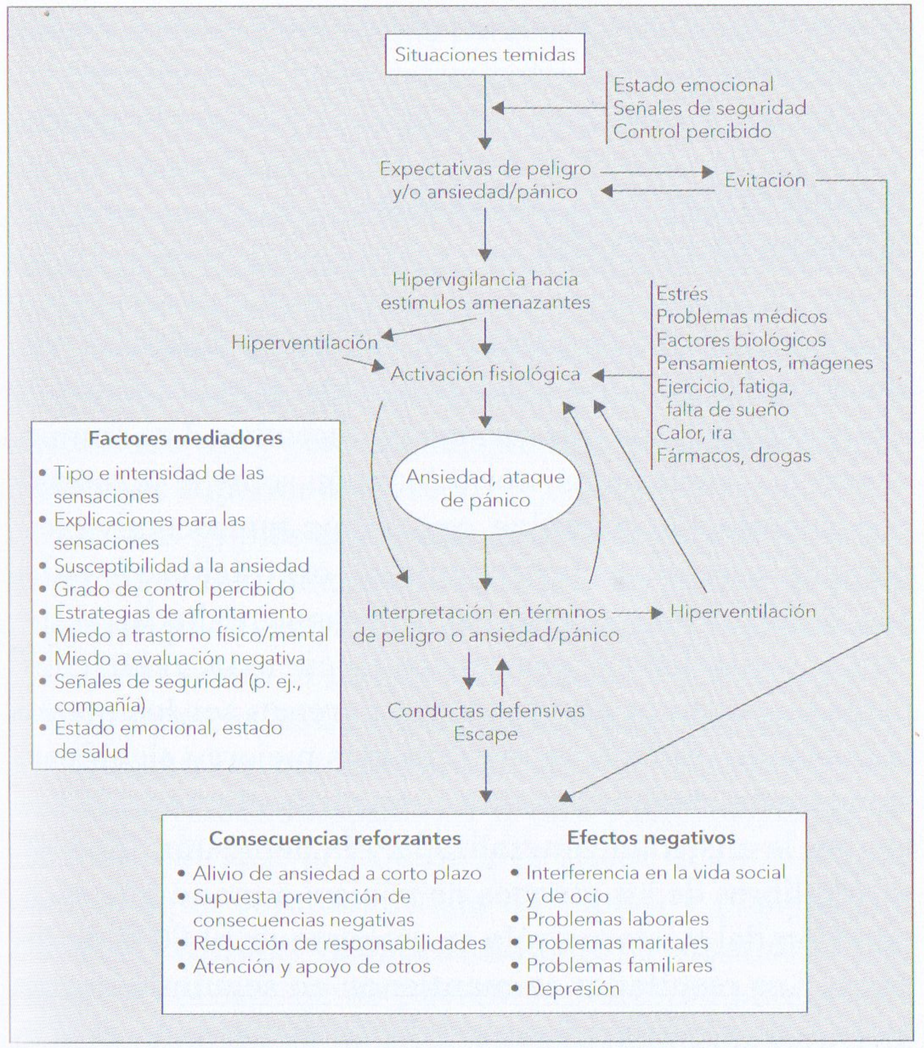


Figura 4-2 Modelo explicativo del mantenimiento del trastorno de pánico y la agorafobia.

ansiedad o pánico está producida no sólo por las situaciones, sino también por otra amplia variedad de factores (p. ej., estrés, factores biológicos, ira, fatiga o fármacos). Además, diversas variables mediadoras influyen en que

esta activación sea interpretada de modo más o menos amenazante.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

En el trastorno de pánico, la TCC se ha mostrado más eficaz que la lista de espera, el placebo farmacológico, la relajación aplicada y la terapia no directiva. Los componentes que suele incluir son educación sobre el trastorno, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva (exposición a las sensaciones temidas), exposición y/o autoexposición en vivo cuando hay situaciones evitadas, respiración controlada y, con menos frecuencia, relajación. Estos dos últimos componentes parecen ser los menos importantes. El 75 % de los pacientes mejoran significativamente en ataques de pánico, el miedo al miedo, la evitación, la ansiedad generalizada y la depresión. El 80 % se ven libres de los ataques de pánico, aunque una recuperación del trastorno sólo se consigue en el 60 % de los casos. Los resultados se mantienen en seguimientos de hasta 3 años (moda = 6 meses). En cualquier caso, el 35 % de los pacientes tratados buscan tratamiento adicional para su trastorno de pánico u otros problemas durante los siguientes 12-18 meses y el 49 % durante los siguientes 2 años o más.

En el caso del trastorno de pánico con agorafobia existen dos tratamientos eficaces, la exposición y/o autoexposición en vivo y la TCC, con los mismos componentes ya

citados para el trastorno de pánico. La autoexposición en vivo es mejor que otros tratamientos o que el placebo para reducir el miedo y la evitación agorafóbicos y la interferencia causada por el trastorno en la vida del paciente. Además, es mejor que la lista de espera para el miedo a las sensaciones corporales y cogniciones catastróficas, aunque no para la ansiedad general y la depresión. Por lo que se refiere al pánico, la exposición en vivo ha sido mejor que la lista de espera en el único estudio que ha examinado esto, pero según estudios metaanalíticos, no parece ser superior al placebo.

La TCC es más eficaz que la lista de espera para tratar la evitación fóbica, la frecuencia de pánico, la preocupación por el pánico, la interferencia y los problemas asociados como el humor deprimido. En comparaciones directas, la TCC ha sido superior al placebo farmacológico en las medidas anteriores en la mitad de los escasos estudios realizados. Por otra parte, los metaanálisis indican que la TCC es más eficaz que los grupos control (que combinan lista de espera y placebo) en diversas medidas, y específicamente es superior al placebo en porcentaje de pacientes libres de ataques de pánico. Dentro de la TCC, la exposición en vivo y la exposición interoceptiva parecen ser componentes importantes. Por otra parte, aunque los datos son contradictorios, parece que la reestructuración cognitiva puede ser útil. El papel del entrenamiento en respiración y relajación es, como mínimo, dudoso, aunque se requiere estudiar más la posible eficacia de la relajación aplicada de Öst. La educación sobre el trastorno no

parece ser eficaz por sí misma, pero se considera un elemento necesario.

El 70 % de los pacientes tratados con exposición en vivo o TCC mejoran de manera significativa. Con cada uno de estos tratamientos, el 55 y el 65 % de los pacientes dejan de tener ataques de pánico, respectivamente, y el 40 y 45 % se consideran recuperados. Así pues, la eficacia del tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia es menor que en el caso del trastorno de pánico.

Los resultados de la exposición en vivo y de la TCC se mantienen en seguimientos a corto (3-6 meses) y medio plazo (1-2 años) y, en el caso de la primera, también a largo plazo (3-9 años); no se dispone todavía de seguimientos a largo plazo de la TCC. El 20-25 % de los pacientes que han presentado mejoría recaen total o parcialmente, aunque por lo general de forma temporal. Alrededor del 35 % de los pacientes tratados reciben tratamiento adicional durante el seguimiento (ya sea para su agorafobia u otros problemas psicológicos), porcentaje que asciende al 50 % en los seguimientos de 2 años o más.

Varios estudios indican que la TCC para el trastorno de pánico y la exposición en vivo y la TCC para la agorafobia pueden ser aplicadas en centros de salud mental, hospitales generales y práctica privada con resultados en general comparables a los obtenidos en estudios controlados. Por otra parte, la duración del tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia requiere de media 27 horas a lo largo de 3-6 meses en la práctica clínica real; sin embargo, unos pocos estudios sugieren que con el apoyo de material de autoayuda (libro, cintas de audio y vídeo) y, en ocasiones, breves contactos telefónicos, puede reducirse esta duración hasta la mitad o más sin perder eficacia.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

La TCC y los tratamientos farmacológicos (antidepresivos, benzodiacepinas) son igual de eficaces a corto plazo en el tratamiento del trastorno de pánico, pero se ha señalado que la primera es superior a medio y largo plazo. En un estudio de colaboración entre psicólogos y farmacólogos, la asociación TCC más imipramina fue más eficaz que la TCC en el postratamiento, pero resultó inferior en el seguimiento a los 6 meses. No hay estudios definitivos de la asociación con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Por lo que respecta al trastorno de pánico con agorafobia, la exposición en vivo, la TCC y la terapia farmacológica son, en general, igual de eficaces a corto plazo, si bien la primera parece inferior en medidas de pánico. Por otra parte, a diferencia de ambas terapias psicológicas, los efectos de los fármacos no se mantienen cuando estos son retirados (55-70 % de recaídas), aunque se hayan tomado durante períodos de tiempo prolongados (6-12 meses).

En diversos estudios, aunque no en todos, la combinación de exposición en vivo o TCC con antidepresivos ha dado lugar a mejores resultados en el postratamiento, pero no en los seguimientos a 1-2 años. En el caso de que

la combinación se haga con benzodiacepinas, hay datos que indican que estos fármacos pueden ir asociados a un peor mantenimiento a medio y largo plazo de los resultados del tratamiento psicológico del trastorno de pánico con y sin agorafobia.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- A pesar de sus limitaciones, la TCC es un tratamiento eficaz para el trastorno de pánico, el trastorno de pánico con agorafobia y la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. La exposición en vivo sólo lo es para la agorafobia. Aunque la terapia farmacológica también resulta eficaz, podría recomendarse, siempre que sea posible, iniciar el tratamiento con terapia psicológica en el trastorno de pánico y el trastorno de pánico con agorafobia. Esta propuesta debe tener en cuenta factores en contra (dificultades en el cumplimiento de la TCC, no aceptación de la terapia psicológica por no atreverse con la misma, etc.) y a favor (efectos secundarios de los fármacos y alta expectativa de retirada total del fármaco por parte del paciente con el peligro de recaídas).
- La TCC está especialmente indicada para aquellas personas que han intentado primero una terapia farmacológica adecuada y no han respondido a ésta, que no han soportado los efectos secundarios a pesar de los intentos correctivos del psiquiatra y para aquellos que deseen dejar la medicación y seguir manteniendo o aumentando la mejoría a medio y largo plazo. La medicación deberá mantenerse constante hasta una retirada adecuada a cada molécula empleada y en una fase avanzada de la TCC.
- La asociación TCC y psicofármacos estaría indicada en los casos que no respondan o de rechazo inicial de la terapia psicológica. Si el paciente no se atreve a proseguir con la TCC, el psicofármaco podría sustituirla o bien la asociación permitiría un abordaje más soportable. El camino a la inversa (psicofármacos y asociación posterior de TCC) también sería posible.
- La TCC parece ser preferible a la exposición en vivo, ya que consigue efectos al menos similares en muchas medidas (puede que menores en ansiedad y evitación fóbicas si se reduce el tiempo dedicado a la exposición), pero parece ser mejor para reducir el pánico y aumentar el porcentaje de pacientes libres de ataques, y tiende a producir menos abandonos del tratamiento (14 % frente a 20 %) y menos recaídas en ataques de pánico (10 % frente a 26 %).
- El primer paso en la aplicación de la TCC es compartir con el paciente una conceptualización sobre su trastorno, justificarle el tratamiento que va a seguir y educarle sobre la fisiología y psicología de la ansiedad. También es importante que el paciente aprenda a identificar los antecedentes de sus episodios de ansiedad o pánico; llevar un diario es una gran ayuda en este sentido. Asimismo puede emplearse algún material de autoayuda, ejemplos del cual se dan en la bibliografía. Posteriormente, puede comenzarse el entrenamiento

en respiración controlada, al menos con pacientes con hiperventilación o que presentan dolor u opresión en el pecho al respirar.

- Aunque los efectos de la respiración controlada son dudosos y su uso está siendo cuestionado, los pacientes la encuentran muy útil y puede facilitar que tengan una mayor sensación de control y presenten menos resistencia a la exposición en vivo. Por otra parte, se enseña a los pacientes la técnica de la reestructuración cognitiva para que sepan identificar y cuestionar sus pensamientos negativos (miedo a desmayarse, morir, tener un infarto, vomitar, ahogarse, volverse loco, hacer el ridículo, etc.).
- El siguiente paso es comenzar la exposición en vivo gradual y sistemática a las situaciones temidas y la exposición interoceptiva. Se aconseja que ésta sea prolongada y/o repetida hasta que la ansiedad se reduzca de manera significativa, aunque puede permitirse el escape temporal en caso de ansiedad excesiva. Es importante que el paciente compare de forma explícita las consecuencias que ha anticipado a las realmente experimentadas. Además, puede aplicar en caso de ansiedad intensa la respiración controlada y la reestructuración cognitiva antes y/o durante la exposición en vivo. El paciente debe practicarla por su cuenta, pero en las situaciones más difíciles puede estar acompañado temporalmente por el terapeuta o una persona significativa. También es importante que vaya eliminando con la mayor rapidez posible sus conductas defensivas. En caso de haber aprendido la respiración

controlada, debe dejar de aplicarla para poder comprobar del todo que, incluso sin ella, las sensaciones temidas no tienen efectos nocivos. Si es necesario, se ayuda al paciente y personas significativas (cónyuge, padres) a identificar, discutir y cambiar las pautas de interacción que pueden estar manteniendo el trastorno.

- En cuanto a la exposición interoceptiva, se practican una serie de ejercicios (p. ej., hiperventilación, girar sobre uno mismo) que inducen sensaciones temidas, las cuales deben aguantarse 30-60 segundos antes de reestructurar las cogniciones negativas tenidas. Los ejercicios se repiten hasta que la ansiedad es mínima y puede ir aumentándose la duración de éstos. Finalmente, la exposición interoceptiva se extiende a situaciones de la vida cotidiana que provocan las sensaciones.
- Como ya se ha propugnado en líneas anteriores, si hay mejoría e incremento de la confianza del paciente y se diera el caso de que estuviera tomando medicación específica se puede plantear la retirada gradual del fármaco.
- Si hay situaciones de estrés no resueltas que contribuyen a mantener la ansiedad y el pánico, será necesario ayudar al paciente a valorarlas y manejarlas mediante la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y/o el entrenamiento asertivo. Finalmente, es útil instaurar un programa de prevención de recaídas en el que se avisa al paciente de posibles contratiempos, se revisan las situaciones de alto riesgo para éstas, se

recuerdan las estrategias que pueden emplearse, se acuerda seguir con la exposición en vivo y se establecen algunos contactos telefónicos de seguimiento.

- Si el tratamiento falla a pesar de su cumplimiento, se requiere: *a)* evaluar detalladamente posibles factores que puedan estar interfiriendo: estrés crónico, estrés agudo grave, enfermedades físicas, otros trastornos no detectados previamente o que no se habían considerado significativos y posibles beneficios del trastorno, y *b)* actuar en consecuencia. Una posibilidad es emplear fármacos, aquellos que el profesional considere como más adecuados según su experiencia y los protocolos que maneje.

FOBIA SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La fobia social es el trastorno de ansiedad más frecuente y podría ser el tercer trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia a lo largo de la vida en la población general. La edad de inicio autoinformada se sitúa alrededor de los 16 años, su curso suele ser crónico y, sin el tratamiento adecuado, las remisiones son escasas. La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastorno depresivo mayor es habitual. Este último caso dificulta con frecuencia su identificación.

Actualmente se distingue entre fobia social específica y generalizada, según el miedo esté circunscrito a una situa-

ción o varias. El tipo generalizado está asociado a una mayor heredabilidad, interferencia (limitación) y comorbilidad, y representa aproximadamente el 70 % de los pacientes con fobia social que buscan tratamiento. Existe un gran solapamiento entre la fobia social generalizada y el trastorno de personalidad por evitación y probablemente las diferencias entre ambos sólo sean cuantitativas, representando el trastorno de personalidad por evitación una forma más grave de fobia social generalizada.

Un modelo simplificado de las variables cognitivo-conductuales más relevantes en el mantenimiento de la fobia social aparece en la figura 4-3. Los modelos actuales suelen conceptualizar las dificultades en habilidades sociales como un factor situacional, modulado por la ansiedad condicionada o las cogniciones negativas que provoca la

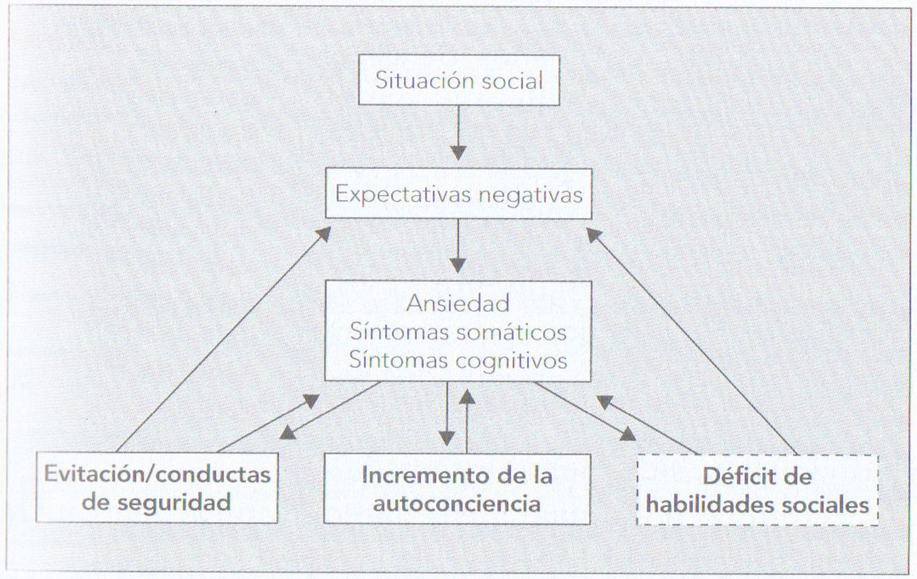


Figura 4-3 Modelo cognitivo-conductual de la fobia social.

exposición a determinadas situaciones, más que como un déficit propio de la mayoría de los pacientes con fobia social (por ello aparece con trazado discontinuo en la figura). Otras variables que pueden incluirse en el modelo son: las creencias generales (supuestos, asunciones o esquemas) sobre aspectos como la visión de uno mismo por parte de los demás, la necesidad de causar buena impresión o la tendencia al perfeccionismo; las interpretaciones negativas de los síntomas fisiológicos; las ejecuciones negativas «reales»; el estado de ánimo disminuido; y las posibles reacciones negativas por parte de los demás.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

En estudios controlados, de asignación aleatoria y con evaluadores independientes, para el tratamiento de la fobia social, la TCC se ha mostrado más eficaz que el no tratamiento, la lista de espera, el tratamiento psicológico inespecífico («placebo psicológico») y el placebo farmacológico. Aproximadamente el 75 % de pacientes que completan los estudios de tratamiento presentan una respuesta positiva. Estos resultados se han obtenido principalmente en estudios de tratamiento en grupo. La TCC individual ha sido menos estudiada.

Estudios con metaanálisis parecen confirmar que la exposición, seguida por las técnicas de reestructuración cognitiva, serían los elementos más destacados en el tra-

tamiento de la fobia social. En determinados casos pueden resultar útiles algunas técnicas adicionales, como el entrenamiento en habilidades sociales o en concentración en la tarea.

Los elementos más destacados del tratamiento se exponen a continuación.

Educación sobre el trastorno

Se debe explicar la naturaleza y los componentes de la ansiedad en general y de la ansiedad social en particular, así como elaborar un modelo explicativo (preferentemente individual).

Exposición

Habitualmente se elabora una lista de situaciones evitadas, de dificultad progresiva, a las que el paciente se expone en vivo hasta conseguir que se habitúe a la ansiedad. En la fobia social es difícil la exposición prolongada a las situaciones temidas/evitadas, por lo que a menudo se realizan exposiciones repetidas. Es importante eliminar (de manera progresiva o radical) las conductas de seguridad (abiertas o encubiertas) que el paciente pueda utilizar durante la exposición, ya que impiden una adecuada reducción de la ansiedad, al dificultar la habituación o impedir la «desconfirmación» de ciertas cogniciones. Algunas conductas de seguridad habituales en los pacientes con fobia social son hablar poco o no hablar en situaciones de interacción; intentar pasar desapercibido; ensa-

yar mentalmente lo que se va a decir; y diversas conductas destinadas a disminuir el miedo a los síntomas físicos (p. ej., coger fuertemente un objeto para que los demás no aprecien el temblor).

En algunos casos, es útil realizar previamente exposiciones simuladas de las situaciones que después se practicarán en vivo. En estos casos, el terapeuta (u otro paciente, en caso de tratamiento en grupo) actúa como modelo. Es posible también grabar en vídeo estas exposiciones y visionarlas posteriormente con el objetivo de modificar posibles distorsiones sobre la imagen que el paciente tiene de sí mismo y su ejecución en situaciones sociales.

En los pacientes con miedo a la percepción de síntomas somáticos por parte de los demás puede intentar inducirse el síntoma temido (p. ej., sudoración) repetidamente hasta conseguir la habituación a la ansiedad que genera (exposición interoceptiva).

Técnicas de reestructuración cognitiva

Con estas técnicas se enseña al paciente a identificar y registrar las cogniciones disfuncionales que aparecen antes, durante y/o después de la exposición (programada o no) a las situaciones sociales temidas y/o evitadas, así como el grado de creencia en éstas. Las cogniciones negativas características de los pacientes con fobia social incluyen, entre otras: una valoración negativa de la propia ejecución; sobreestimaciones de la probabilidad de rechazo, del grado en que los demás observan a uno y se dan cuenta de sus síntomas de ansiedad y de sus respuestas ante tales síntomas; subestimación de las propias capacidades, e interpretaciones negativas de la conducta de los demás.

Una vez identificadas, se enseña al paciente a poner a prueba estas cogniciones (mediante «experimentos conductuales» que las contrasten) o a buscar alternativas más racionales (habitualmente por escrito). Después, estas mismas técnicas pueden utilizarse para disputar algunas creencias generales, aunque éstas suelen ser más difíciles de identificar.

Algunos autores han propuesto otras técnicas específicas que pueden resultar útiles en algunos pacientes, aunque se desconoce si añaden eficacia a las anteriores.

Entrenamiento en habilidades sociales

La mayoría de pacientes que reciben el diagnóstico de fobia social no necesitan un entrenamiento en habilidades sociales estructurado. Sin embargo, es probable que en algunos casos la ejecución negativa en situaciones sociales no sea simplemente subjetiva, o bien que algunos pacientes posean realmente un repertorio deficitario de estas habilidades. Éstos se beneficiarían, por lo tanto, del entrenamiento, que puede ser más o menos complejo según el caso.

Entrenamiento en concentración en la tarea (cambio del foco de la atención)

Se utiliza para la reducción de la excesiva autoconciencia que, con frecuencia, presentan los pacientes con fobia

social. Consiste en practicar ejercicios de dificultad creciente en que el paciente se concentra en una determinada situación (empezando por situaciones no ansiógenas) y va aumentando de manera progresiva el nivel de atención dirigido a la tarea en vez de a sí mismo. El objetivo es que el paciente se concentre en cómo los demás responden realmente, más que en sus impresiones o expectativas sobre cómo cree que los demás le ven.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

Existen pocos estudios que hayan comparado la TCC y los tratamientos farmacológicos. La TCC se ha comparado con el atenolol, alprazolam, clonazepam, fenelzina y sertralina, principalmente en la fobia social generalizada. Excepto la comparación con el atenolol (favorable a la TCC), los resultados de los demás estudios y los metaanálisis realizados sugieren una eficacia postratamiento similar para ambas formas de terapia. Existe cierta evidencia del mantenimiento de la eficacia a largo plazo con la TCC, mientras que los pocos estudios realizados sobre la interrupción del tratamiento farmacológico sugieren una tendencia a la pérdida de los beneficios terapéuticos conseguidos. En los trabajos de comparación casi siempre se ha utilizado la TCC en grupo y los datos sobre TCC individual son escasos. Hasta el momento no se han publicado resultados sobre la combinación de fármacos y TCC en la fobia social.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- El tratamiento de la fobia social, específica y generalizada, y el del trastorno por evitación siguen los mismos parámetros, aunque es probable que los pacientes con los dos últimos trastornos necesiten un tratamiento más intensivo o «mayores dosis» de TCC o que se beneficien en mayor medida de tratamientos combinados. Desde el punto de vista coste-beneficio, es posible que en pacientes con fobia social específica que se expongan con muy baja frecuencia a la situación ansiógena sea más útil el tratamiento farmacológico (con un fármaco a dosis única antes de la exposición) que la TCC.
- El formato grupal de TCC ofrece, además de ventajas económicas, la posibilidad de realizar ejercicios de modelado por parte de los participantes. Sin embargo, puede resultar demasiado ansiógeno para un gran número de pacientes.
- La programación de tareas de exposición debe realizarse entre terapeuta y paciente y tiene que ser muy cuidadosa, ya que es fácil que algunas de las expectativas negativas del paciente se cumplan, debido a la propia naturaleza (poco predecible) de las interacciones sociales o a su historia previa de dificultades interpersonales.
- Si se opta por un tratamiento combinado (TCC y fármacos) es importante a largo plazo insistir en la reatribución de los posibles logros obtenidos a las técnicas aprendidas, antes de valorar una posible retirada del tratamiento farmacológico.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) afecta a lo largo de la vida a más del 2 % de la población general. Comienza habitualmente alrededor de los 20 años, aunque puede iniciarse en la infancia. Su curso suele ser crónico y con poca tendencia a la remisión sin el tratamiento adecuado. Existe una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, en particular el trastorno depresivo mayor. Los síntomas obsesivo-compulsivos no son patognomónicos del TOC y, de hecho, son frecuentes en diversos trastornos mentales. Las presentaciones del TOC son muy heterogéneas y en la actualidad se tiende a considerar que se trata de un camino final al que se llega por diferentes vías (etiopatogénicas). Aunque son posibles numerosas combinaciones, los síntomas obsesivo-compulsivos tienden a agruparse en determinados factores: obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza; obsesiones de daño y compulsiones de comprobación; obsesiones de simetría y compulsiones de repetición/orden; obsesiones y compulsiones de acumulación; y obsesiones (sobre todo sexuales o religiosas) sin compulsiones. Alrededor del 90 % de los pacientes con TOC presentan obsesiones y compulsiones conductuales; sólo el 2 % obsesiones sin compulsiones. El resto presentaría obsesiones y rituales mentales. En el TOC parece existir un continuo en cuanto al *insight* (reconocimiento de la irracionalidad de las obsesiones) situándose en un extremo del mismo los pacientes que niegan que sus obsesiones sean irracionales.

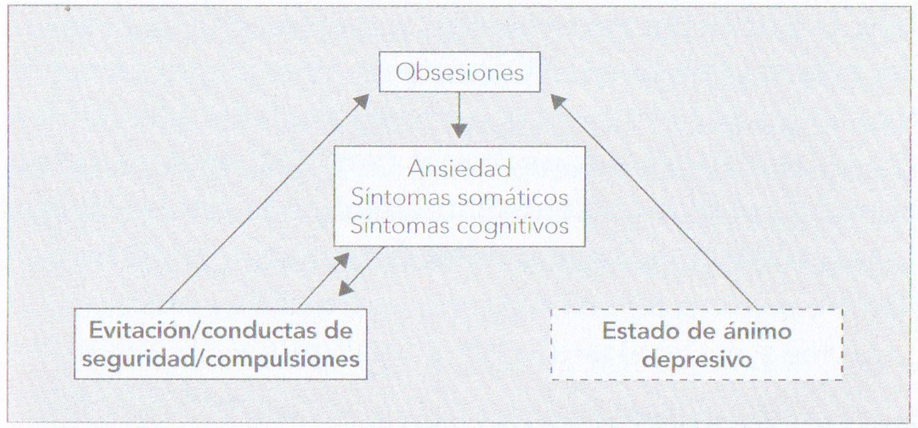


Figura 4-4 Modelo conductual del trastorno obsesivo-compulsivo.

Un modelo cognitivo-conductual simplificado se muestra en la figura 4-4. El paciente con TOC evita las situaciones o estímulos que le provocan obsesiones (ansiógenas) y presenta compulsiones (ansiolíticas) en respuesta a estas obsesiones. En ocasiones, las compulsiones intentan prevenir la aparición de obsesiones y/o evitar unas posibles consecuencias catastróficas. La mayoría de los pacientes con TOC –aunque existen algunas excepciones (p. ej., pacientes con «lentitud obsesiva»)– se ajustan a este modelo general. El estado de ánimo depresivo puede incluirse en el modelo, ya que es habitual que se presente de manera secundaria al TOC (y, además, favorece la aparición de pensamientos intrusivos y su valoración negativa, a lo cual también puede contri-

buir la activación psicofisiológica mantenida). Los modelos más cognitivos del TOC enfatizan la valoración negativa de las obsesiones por parte del paciente y variables cognitivas que en los pacientes con TOC se mostrarían elevadas: el sentido de responsabilidad, la intolerancia a la incertidumbre, la necesidad de control o el perfeccionismo.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

Para mucho autores, la TCC es el tratamiento de elección inicial para el TOC. Diversos metaanálisis y numerosos estudios controlados, de asignación aleatoria y con evaluadores independientes, avalan su eficacia. La TCC para el TOC ha mostrado ser más eficaz que el no tratamiento, la lista de espera, el tratamiento psicológico inespecífico («placebo psicológico») y el placebo farmacológico. Cerca del 75 % de los pacientes que completan los estudios de tratamiento con TCC presentan una respuesta positiva (reducción de los síntomas entre el 50 y el 70 %), aunque en estos trabajos han predominado algunos subtipos de TOC (principalmente pacientes con compulsiones conductuales), que podrían presentar una mejor respuesta a la TCC. De los pacientes que responden, alrededor del 75 % mantiene los beneficios conseguidos durante el seguimiento, aunque en pocos estudios éste es a largo plazo. En algunos centros especializados se ha comprobado que los resultados conseguidos en estudios controlados aleatorizados (con ciertas restricciones de inclusión/exclusión) pueden replicarse en la mayoría de pacientes con TOC que solicitan tratamiento. El mejor predictor de la respuesta a la TCC (tanto en sentido positivo como negativo) es el cumplimiento de las tareas de exposición. Según algunas investigaciones, los pacientes con obsesiones sexuales y religiosas y aquellos con obsesiones y compulsiones de acumulación presentarían una peor respuesta a la TCC.

Los elementos más destacados del tratamiento son los que se exponen a continuación.

Educación sobre el trastorno

Se plantea al paciente como objetivo del tratamiento reducir la ansiedad –no eliminar las obsesiones– y la importancia de no luchar activamente contra éstas debido al mecanismo paradójico de su aumento ante los intentos de eliminación. Aunque el tratamiento no incluya de forma específica técnicas cognitivas, puede ser útil explicar al paciente los factores cognitivos de mantenimiento del TOC.

Exposición con prevención de respuesta

Se elabora en colaboración con el paciente una lista lo más exhaustiva posible de las situaciones que disparan las obsesiones, las obsesiones, las compulsiones y las consecuencias catastróficas asociadas. El paciente afronta (exposición) las situaciones evitadas o que disparan las

obsesiones y se le impide realizar la compulsión reductora de ansiedad (prevención de respuesta), hasta que la ansiedad consigue habituarse. Si el paciente utiliza compulsiones mentales, la exposición a las obsesiones puede realizarse con una cinta de audio donde éstas se graban sin incluir la compulsión y se repiten hasta conseguir la habituación. En algunos casos es útil exponer al paciente de forma imaginada a las consecuencias temidas. Con frecuencia, los familiares o allegados contribuyen al mantenimiento del TOC reforzando la evitación de ciertas situaciones o la realización de compulsiones o, en caso frecuente, tranquilizando al paciente con respecto a ciertas consecuencias temidas. Estas conductas deben ser también objeto de modificación.

Existen otras técnicas que pueden ser útiles en algunos pacientes, aunque no está claro si añaden eficacia a las anteriores.

Técnicas de reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva en el TOC se centra en la identificación y disminución de las variables cognitivas antes señaladas como posibles factores de mantenimiento del trastorno. Algunos autores plantean que añadir técnicas de reestructuración es útil en pacientes en los que predominan las obsesiones sin rituales. Las evidencias favorables a las técnicas cognitivas en el TOC son mucho menores que las de la exposición con prevención de respuesta.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

La TCC se ha comparado con diversas terapias farmacológicas en el tratamiento del TOC. Estudios de meta-análisis y comparaciones directas sugieren una eficacia postratamiento similar para la TCC y los tratamientos farmacológicos eficaces en este trastorno. Sin embargo, en los estudios publicados el porcentaje de pacientes que responden es algo superior para la TCC (75 %) que para el fármaco considerado de elección, la clomipramina (60 %). También existen evidencias del mantenimiento a medio y largo plazo de los efectos de la TCC, mientras que existe cierto consenso en la pérdida de los beneficios conseguidos tras la retirada de la medicación.

Aunque es habitual en la práctica clínica, el tratamiento combinado (TCC y fármacos) ha sido poco estudiado. Por el momento no pueden extraerse conclusiones definitivas, aunque las investigaciones realizadas no tienden a confirmar la idea –muy extendida entre profesionales– de la superioridad del tratamiento combinado frente a la monoterapia.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- La exposición con prevención de respuesta en el TOC es un tratamiento duro para el paciente y que necesita terapeutas experimentados, que conozcan bien el trastorno y la aplicación de la técnica. El manejo de los

pacientes con TOC puede ser complicado para terapeutas con poca experiencia.

- A pesar del indudable atractivo de los modelos cognitivos del TOC, las pruebas de la eficacia de las técnicas de reestructuración cognitiva para el TOC son escasas en comparación con las obtenidas por la exposición con prevención de respuesta. No parece demasiado razonable iniciar el tratamiento de un paciente con un TOC con técnicas de reestructuración cognitiva, dada su complejidad en comparación con la exposición con prevención de respuesta. Además, en general es recomendable, siempre que sea posible, perseguir cambios en conductas observables más que en posibles fenómenos cognitivos (que con frecuencia se modificarán posteriormente).
- Actualmente se tiende a utilizar tratamientos basados en la exposición sin terapeuta y con unas «dosis» de exposición con prevención de respuesta mucho menores que los programas que han demostrado su eficacia en estudios controlados. Es probable que esta «atenuación» produzca unos resultados inferiores.
- Con frecuencia se hace imprescindible que el terapeuta acuda al ambiente natural del paciente para observar posibles conductas de evitación o compulsiones que el paciente puede olvidar mencionar en la consulta.
- Para simplificar el análisis inicial de los síntomas, es conveniente clasificar los fenómenos obsesivo-compulsivos en ansiógenos o ansiolíticos.

- La técnica de parada de pensamiento (aplicada a las obsesiones), citada todavía en algunos manuales, no es eficaz en la mayor parte de casos y, además, puede tener importantes «efectos secundarios», al convertirse en una conducta de seguridad y/o aumentar la frecuencia de obsesiones por el efecto paradójico de la neutralización de cogniciones antes comentado. Sin embargo, es posible que sea útil en algunos casos para detener las compulsiones y realizar la prevención de la respuesta.
- Tanto la investigación como la práctica clínica parecen indicar que la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos no es un buen criterio para decantarse por un tratamiento farmacológico, de exposición con prevención de respuesta o combinado. Los pacientes con un TOC incapacitante pueden presentar una buena respuesta al tratamiento único de exposición con prevención de respuesta, aunque es posible que requieran una «dosis» mayor o más intensiva (incluso en condiciones de ingreso parcial) de tratamiento. Sin embargo, es probable que otros factores, como la presencia de ciertos trastornos comórbidos, el tipo de síntoma predominante, un bloqueo en la TCC o las dificultades para iniciarla, justifiquen en mayor medida la decisión de una terapia combinada.
- En los primeros días de tratamiento es habitual, como en otros trastornos de ansiedad, que el paciente experimente un aumento de los síntomas. Hay que informarle de que esto es algo normal y transitorio y que la

continuidad en la aplicación de las técnicas conducirá a la esperada reducción de malestar.

- En los pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor comórbido, especialmente si es grave, lo habitual es esperar a una parcial o completa remisión del mismo antes de iniciar el tratamiento de exposición con prevención de respuesta.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es uno de los trastornos de ansiedad más peculiares descritos hasta la fecha, no sólo por ser el único cuya causa es perfectamente conocida, sino también por su evolución histórica. Hasta 1980 no fue incluido en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III), si bien desde el siglo XIX pueden encontrarse referencias a cuadros psicopatológicos similares, principalmente en ex combatientes, con nombres distintos (*shell shock*, neurosis cardíaca, corazón de soldado, neurosis de renta, neurosis de guerra, etc.).

En la actualidad, según los criterios de la cuarta revisión del DSM (DSM-IV), se diagnostica un TEPT cuando la situación a la que una persona se expone, directa o indirectamente, entraña una amenaza para su vida o para su integridad física y el sentimiento ante dicha situación es de intenso miedo o terror. Los síntomas que presentan

los pacientes con TEPT pertenecen a tres categorías: recuerdos invasivos, considerada por la mayoría de los autores la característica propia del trastorno; conductas de evitación y embotamiento afectivo, y una hiperactividad fisiológica importante.

La duración mínima de los síntomas debe ser superior a un mes. Si se prolongan durante más de 6 meses se considera TEPT crónico, y si la sintomatología se manifiesta pasados 6 meses del acontecimiento que la ha producido, es de aparición demorada.

A pesar de la gran cantidad de estudios existentes sobre el tema, los resultados deben observarse con cautela. Hasta la fecha sólo existen dos trabajos prospectivos y cada uno de ellos utiliza criterios diagnósticos distintos. El resto están realizados sobre población clínica.

Se considera que la prevalencia-vida se sitúa entre el 5 y el 10 % de la población general. Esta proporción varía según la situación traumática. En un reciente metaanálisis los acontecimientos traumáticos se clasifican en dos categorías: *a)* los producidos por agresiones de otras personas (violaciones, guerras, maltrato, abusos, ataques terroristas), ante los cuales la prevalencia y la gravedad del TEPT es más alta, y *b)* los producidos por catástrofes naturales, accidentes de tráfico, etc. Alrededor del 75 % de la población puede llegar a sufrir acontecimientos traumáticos intensos; de ellos, el 23 % presentará sintomatología de TEPT y un tercio seguirá un curso crónico independientemente de realizar o no tratamiento.

Los factores asociados con el riesgo de desarrollar el trastorno son: la gravedad del acontecimiento estresor y el tiempo de exposición al mismo; los traumas y abusos sufridos en el pasado, y el sexo. Los últimos estudios indican que la mayor frecuencia de TEPT en mujeres se da únicamente en los casos de violencia, sin que existan diferencias significativas de sexo en los traumas no violentos. Esta diferencia no se debe tanto a la vulnerabilidad genética como a que ciertas experiencias pueden incluir diferente grado de amenaza real y daño físico en las mujeres. Otros factores, como los genéticos y la comorbilidad con otros trastornos, se han desestimado por el momento al no estar apoyados por estudios bien controlados. Constituye uno de los trastornos con mayor índice de suicidio y alrededor del 80 % presenta comorbilidad con otros trastornos, principalmente afectivos, de ansiedad y con el consumo y abuso de alcohol y de otras sustancias tóxicas.

Las teorías cognitivas de procesamiento emocional sostienen que las personas que padecen TEPT desarrollan «estructuras del miedo» condicionadas por el suceso traumático (fig. 4-5). La intensidad de la respuesta emocional ante el acontecimiento traumático depende de: la predicibilidad, el control y la percepción de amenaza del suceso; del relativo éxito en el intento de minimizar el daño; y de la pérdida real. Esta magnitud de la respuesta provoca en el paciente la ruptura de los conceptos básicos de seguridad anteriores al suceso y activa la «estructura del miedo», el sistema en la memoria que pone en funcionamiento las conductas de evitación.

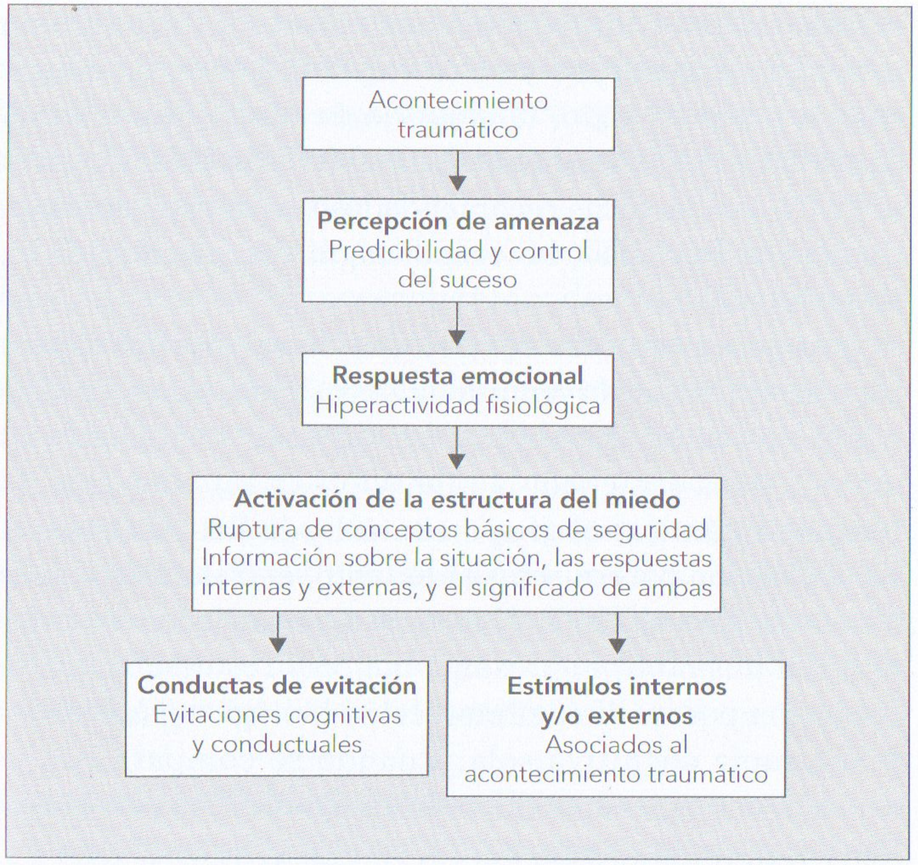


Figura 4-5 Modelo cognitivo de procesamiento emocional para el trastorno de estrés postraumático.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

Existen muchos estudios sobre la TCC para el tratamiento del TEPT. Pocos de ellos, sin embargo, son controlados y rigurosos. El principal motivo radica, como se ha mencionado en el apartado anterior, en la relativa-

mente reciente incorporación de este trastorno como nosología diagnóstica y en la variabilidad de las muestras. A pesar de todo, la mayoría de ellos coinciden en considerar la TCC como el tratamiento de elección para el TEPT. Las técnicas recomendadas son la exposición, el manejo de ansiedad, la terapia cognitiva y la terapia de juego en niños.

Los pocos estudios controlados de asignación aleatoria existentes concluyen que la exposición, tanto en vivo como de forma imaginada, es superior en eficacia al manejo de la ansiedad, la relajación, la hipnoterapia, la terapia dinámica, el grupo control y la lista de espera. La exposición parece ser, por lo tanto, el tratamiento más adecuado para el TEPT. El manejo de la ansiedad, en estudios del mismo tipo, presenta mejores resultados que la relajación por medio de retroacción biológica *(biofeedbak)* y la terapia cognitiva sola. Cuando se compara con la exposición no presenta diferencias significativas en la evaluación postratamiento, pero sí en el seguimiento a los 3 y 5 meses. La terapia cognitiva -principalmente se emplea reestructuración cognitiva- también muestra buenos resultados en los casos en los que existe un intenso «sentimiento de culpa», embotamiento afectivo y/o pérdida de intereses, y está particularmente indicada en la población geriátrica.

Es importante que todas estas técnicas vayan precedidas de una o varias sesiones informativo-educativas sobre el trastorno, ya que facilita la colaboración de los pacientes aportando más datos y facilitando la adherencia terapéutica.

Algunos estudios controlados observan que la intervención psicológica cognitivo-conductual breve en víctimas de acontecimientos traumáticos y antes de que aparezca el TEPT puede ser determinante para evitar la aparición del trastorno.

Por último, una de las técnicas más novedosas y controvertida es el reprocesamiento y desensibilización por medio del movimiento de los ojos. Consiste en la exposición imaginada y, paralelamente, en la realización de movimientos sacádicos de los ojos en secuencias de 10 a 25, que deberán repetirse varias veces por sesión.

Las bases teóricas de esta técnica son poco claras y su efectividad es discutible. Sólo existe un estudio controlado en el que se observan mejores resultados con el uso de esta técnica cuando se comparan con los obtenidos con la relajación por medio de retroacción biológica.

Exposición en vivo/imaginada

En pacientes con TEPT es frecuente la evitación, no sólo de lugares o situaciones que recuerden el acontecimiento traumático, sino de pensamientos e incluso sentimientos que puedan evocar las emociones experimentadas durante el suceso traumático.

La técnica de exposición en vivo se aplica, en principio, de la misma manera que en cualquier trastorno de ansiedad que implique conductas de evitación. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que en estos pacientes dichas conductas suelen aparecer de forma brusca y estar relacionadas directamente con una percepción real de amenaza que

hace que en muchos casos la exposición se deba llevar a cabo con una jerarquía de situaciones más amplia que en otros trastornos. También es especialmente importante explorar hasta qué punto los pacientes realizan evitaciones cognitivas. En este sentido, llama la atención cómo algunos pacientes relatan sentirse mejor cuando están activos porque de esa manera les resulta más fácil evitar ciertos pensamientos y recuerdos que les producen malestar. En estos casos es importante el uso de la exposición imaginada, haciendo que el paciente rememore el acontecimiento traumático hasta que la habituación atenúe la ansiedad y el malestar general. Otra particularidad en la aplicación de esta técnica, en este tipo de pacientes, es la inclusión de nuevos pensamientos y/o imágenes que el sujeto recuerda en el transcurso de las sesiones, aunque no se hayan mencionado en la jerarquía inicial.

Con el fin de facilitar la aplicación de la técnica es recomendable grabar en casete la evocación del hecho traumático durante la sesión terapéutica para que el paciente pueda realizar la exposición diariamente.

Entrenamiento en el manejo de ansiedad

El entrenamiento en el manejo de la ansiedad se recomienda cuando no sea posible aplicar la exposición en vivo por alguno de los siguientes motivos: el alto grado de ansiedad que generan las situaciones relacionadas con el trauma, la edad (en niños y ancianos), las alteraciones del sueño, la gran irritabilidad y ansiedad general, las dificultades de concentración y la comorbilidad con otros

trastornos de ansiedad y/o abuso o dependencia de sustancias tóxicas.

Las técnicas más utilizadas son: relajación, control de respiración, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad y parada de pensamiento.

La aplicación de este grupo de técnicas se inicia siempre con una o varias sesiones educativas sobre el trastorno. Como ya se ha mencionado anteriormente, informar al paciente sobre las características y síntomas del TEPT no sólo mejora la implicación y el cumplimiento terapéutico, sino que atenúa el malestar producido por los pensamientos erróneos acerca de lo que le sucede.

Relajación

Existen muchas y variadas técnicas de relajación y cualquiera de ellas es recomendable siempre y cuando cumpla con el objetivo terapéutico. La elección de una u otra dependerá de las características del paciente. Si padece lesiones físicas y/o dificultades psicomotoras, se optará por un tipo de relajación centrada en la imaginación, como por ejemplo la de Shultz. Por el contrario, si el control cognitivo es más difícil, se optará por la relajación de Jacobson, por ser ésta muscular y directiva.

Respiración diafragmática

Ayuda al paciente a relajarse y/o a evitar la hiperventilación y las sensaciones desagradables que se producen como consecuencia de ésta.

Reestructuración cognitiva

Las cogniciones más frecuentes en pacientes víctimas de ataques con violencia que padecen TEPT suelen estar relacionadas con la peligrosidad del mundo y con la incapacidad para afrontar la adversidad. Son típicos los pensamientos como: «el mundo es totalmente inseguro», «debería haberlo previsto», «todo lo que ha sucedido es por mi culpa».

Entrenamiento en asertividad

En los pacientes con TEPT que han sufrido el acontecimiento traumático de forma repetida y/o de forma crónica, como sucede en los casos de maltrato en pareja y abuso sexual, sea en adultos o en niños, es recomendable este tipo de entrenamiento. El carácter crónico del estresor provoca, en algunos casos de TEPT, pérdida notable de seguridad, que se manifiesta principalmente por falta de asertividad. Un gran número de víctimas de este tipo de acontecimientos consideran que deben cumplir con las expectativas que respecto a ellos tienen los demás.

Parada de pensamiento

Esta técnica se puede utilizar como complemento del resto. Se aplica como en cualquier trastorno de ansiedad en el que se detecten signos de pensamiento circular y/u obsesivoide.

Terapia de juego

En niños se aplica terapia de juego para reproducir algunas de las situaciones traumáticas vividas y facilitar así el afrontamiento de los temores y el reprocesamiento de los pensamientos traumáticos.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

No existen estudios controlados que comparen TCC y tratamiento farmacológico, debido posiblemente a la complejidad del trastorno y a la variabilidad de las muestras. En cualquier caso, no se discute la validez de ambos tipos de intervención. Todos los estudios que mencionan este tema consideran que el tratamiento farmacológico puede ser útil como apoyo de la TCC. Esta combinación, además, es indiscutible cuando existe comorbilidad con otros trastornos.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- La elección de las técnicas para el tratamiento de TEPT dependerá, en cada caso, de la presentación del trastorno, de la edad del paciente y de la presencia de comorbilidad psiquiátrica. El proceso del tratamiento puede incluso sufrir variaciones que dependerán de la evolución de los resultados y de la consideración clínica del terapeuta, de las preferen-

cias del paciente y de la respuesta previa a otros tratamientos. Durante los primeros 3 meses se recomienda realizar visitas semanales con una duración entre 60 y 90 minutos por sesión.

- La exposición, en vivo o imaginada, es la técnica recomendada cuando los síntomas principales son el miedo y las conductas de evitación, los pensamientos intrusivos y los *flashbacks*. En los pacientes que presentan intensos sentimientos de culpa, pérdida de intereses y embotamiento afectivo, como por ejemplo las víctimas de maltrato, así como también en pacientes geriátricos, es recomendable comenzar con terapia cognitiva.
- La combinación de exposición en vivo, manejo de ansiedad y terapia cognitiva ha mostrado ser el mejor tratamiento en mujeres víctimas de violaciones. Aunque su eficacia no se ha estudiado suficientemente en otro tipo de pacientes con TEPT, su uso está justificado.
- Siempre que exista comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y/o la sintomatología sea aguda está indicada la combinación del tratamiento psicológico con el farmacológico.
- La modalidad terapéutica de elección es la individual aunque, en algunos casos, como en víctimas del terrorismo y/o de catástrofes naturales, puede ser útil combinarla con la modalidad de grupo o con la terapia de familia.
- Es recomendable, dado el desgaste psicológico que pueden sufrir estos pacientes, que el terapeuta participe de forma activa en las sesiones clínicas de discusión de los casos y procure trabajar en equipo.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

INTRODUCCIÓN

Es probable que de entre todos los trastornos de ansiedad, el de ansiedad generalizada (TAG) sea el que adolezca de mayores problemas de definición categorial. Una de las dificultades de definición del trastorno es la comprometida diferenciación entre el diagnóstico categorial y, por ejemplo, las características de la persona con elevadas puntuaciones en la dimensión de neuroticismo o de la ansiedad como rasgo. Solventar esta cuestión recurriendo a argumentos «de voltaje», como en el caso de la supuesta continuidad entre trastornos del Eje I y del Eje II, sigue siendo, como mínimo, discutible. Por otra parte, la lista de síntomas que deben acompañar obligatoriamente a la ansiedad y la preocupación incluye la impaciencia, que es una característica de la personalidad, unida de forma equivalente a la inquietud, que es un síntoma emocional. Asimismo, incluye otros síntomas somáticos (como la fatigabilidad o la tensión muscular), cognoscitivos (como las dificultades de concentración) o alteraciones del sueño, que en modo alguno son distintivos del trastorno y ponen en tela de juicio su especificidad diagnóstica. Es probable que estas imprecisiones hayan contribuido a que el TAG sea uno de los trastornos mentales más diagnosticados en la asistencia primaria anglosajona.

Aunque la comorbilidad entre el TAG y otros trastornos no parece ser más frecuente que para el resto de los

trastornos de ansiedad (se observan presentaciones puras en el 25-33 % de los casos), sí parece ser más amplia e incluye desde trastornos del estado de ánimo hasta otros trastornos relacionados con el estrés como el colon irritable. La comorbilidad con otros trastornos mentales incrementa de manera significativa la incidencia de intentos de autólisis.

Aunque se observan casos de inicio anterior a los 25 años, el diagnóstico del trastorno suele producirse hacia los 35-45 años. El curso suele ser oscilante, con aparición frecuente de síntomas más propios de otros trastornos y períodos de remisión, lo cual dificulta la interpretación de los resultados terapéuticos. Así pues, no deja de sorprender que se informe de remisiones espontáneas hasta en el 20-25 % de los casos.

Se ha observado que en alrededor del 50 % de los casos, el TAG está precedido por una fobia específica, fobia social o trastorno por angustia con y sin agorafobia. Por otra parte, en el 50 % de los casos o más, se diagnostica un trastorno depresivo mayor, un trastorno distímico o un abuso de alcohol secundarios al TAG.

Los modelos cognitivos y conductuales del TAG han variado el énfasis etiológico de la ansiedad a la preocupación, y esto ha contribuido a modificar sensiblemente su abordaje terapéutico. Existen dos grandes modelos psicológicos del TAG. El primero sostiene que las personas que sufren este trastorno utilizan la actividad verbal conceptual, sobre todo la preocupación, como estrategia ansiolítica frente a pensamientos más perturbadores desencadenados por señales internas y/o externas de amenaza. Por

lo tanto, las preocupaciones se ven reforzadas negativamente por la reducción de la ansiedad, lo que, en contrapartida, incrementa su probabilidad de aparición y su persistencia.

El segundo modelo mantiene la definición de la preocupación como estrategia de afrontamiento, pero añade la presencia de una evaluación negativa de ese recurso. Es decir, preocuparse se convierte en un problema cuando la persona desarrolla creencias negativas sobre las preocupaciones y genera una preocupación por las preocupaciones que las convierte en algo peligroso e incontrolable. Así pues, en este modelo se distinguen dos tipos de preocupaciones: de tipo I (preocupaciones sobre acontecimientos externos [p. ej., la salud de la familia] y acontecimientos internos no cognitivos [p. ej., sensaciones somáticas]) y de tipo II (preocupaciones por el preocuparse [p. ej., que pueda desembocar en la locura]). La utilización de las preocupaciones como estrategia de afrontamiento supone un incremento de la sensibilidad frente a información de contenido amenazador y/o el aumento del número de situaciones susceptibles de generar preocupaciones por sí mismas. Por su parte, las preocupaciones de tipo II fomentan la vigilancia de pensamientos no deseados, de tentativas de control de los pensamientos y de evitación de los desencadenantes de las preocupaciones, lo que exacerba su intrusividad y evita que se desconfirmen las creencias negativas que las caracterizan.

Las respuestas emocionales negativas que generan las preocupaciones (dificultades de concentración, dificultades para la conciliación del sueño, etc.) pueden ser inter-

pretadas como pruebas a favor de las preocupaciones tipo II. Como ya se dijo, las respuestas emocionales positivas (p. ej., la reducción de la ansiedad o el incremento de la sensación de control frente a posibles catástrofes futuras) las refuerzan de manera negativa.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

La revisión metaanalítica de estudios sobre eficacia de la terapia psicológica frente a listas de espera, otro tipo de terapia psicológica, terapia farmacológica o una combinación de ellas, con evaluación de resultados mediante instrumentos válidos, asignación de pacientes al azar, tratamientos estandarizados y evaluación a ciegas de los resultados indican que la TCC es efectiva y específica para el tratamiento del TAG. La relajación aplicada, por su parte, ha demostrado ser efectiva, pero no específica. Ambos tratamientos son más eficaces que otros abordajes psicoterapéuticos (terapia no directiva y psicoterapia psicoanalítica). Cabe destacar que, aunque se observa una intensa reducción inicial de la sintomatología, al finalizar el tratamiento estandarizado el paciente medio sigue presentando síntomas moderados. En los estudios que incluyen un seguimiento se observa un curso oscilante de la sintomatología. Se han observado porcentajes de recuperación a los 6 meses del 60 % para la relajación aplicada y del 51 % para la TCC. Aunque no existen estudios sobre eficacia sostenida (porcentaje de pacientes que mantienen

la mejoría), el 45 % de los pacientes tratados solicita nuevo tratamiento durante los 2 años posteriores a la finalización del estudio.

El tratamiento cognitivo-conductual del TAG ha ido variando el énfasis de la reducción de la ansiedad hacia la modificación de los componentes cognitivos del trastorno, demostrando que la reestructuración cognitiva es un ingrediente eficaz del tratamiento psicológico de este trastorno y desplazando de forma progresiva a las técnicas de autocontrol emocional. Aunque las pruebas disponibles indican que la reestructuración cognitiva es tan eficaz como la relajación aplicada, parece haber diferencias en el porcentaje de pacientes recuperados según el momento de la evaluación: la relajación aplicada obtiene mejores resultados al alta, se observa igualdad de resultados a los 6 meses y la terapia cognitiva obtiene un porcentaje superior de recuperaciones al cabo de un año.

En cuanto al formato de aplicación, una reciente revisión de seis ensayos clínicos observa que tanto la TCC individual para el TAG como la relajación aplicada individual son más eficaces que la TCC en grupo.

Los principales componentes de la terapia psicológica incluyen los pasos siguientes.

Educación sobre el trastorno

Presentación de un modelo etiológico del trastorno, haciendo especial hincapié en la intolerancia de la incertidumbre, la utilización de la preocupación como estrategia desadaptativa para eliminarla, las creencias erró-

neas sobre la preocupación, la escasez de estrategias de solución de problemas y la evitación cognitiva. Es fundamental destacar que el objetivo no es eliminar la incertidumbre, sino reconocerla, aceptar la dosis correspondiente y aprender estrategias adaptativas para afrontar las situaciones inciertas. Es muy recomendable apoyar el modelo educativo con material bibliográfico en formato de autoayuda. Asimismo, es imprescindible que la persona aprenda a realizar un análisis funcional del problema que le permita identificar sus desencadenantes (externos e internos), las respuestas que conllevan (conductuales, cognitivas y fisiológicas) y las estrategias utilizadas para hacerles frente.

Relajación

El entrenamiento en relajación muscular progresiva es recomendable con el fin de reducir el incremento de la tensión muscular y las deficiencias de tono parasimpático que caracterizan a estos pacientes. Se establece un programa sistemático de relajación aplicada en el que debe utilizarse la técnica cuando se detecten señales de inminencia de incremento de la ansiedad, antes, durante y después de afrontar situaciones estresantes y varias veces durante el día, incluso en ausencia de ansiedad. Aunque la relajación es una técnica clásica en el tratamiento del TAG, recientes estudios señalan la posibilidad de que sólo sea necesaria para el subgrupo de pacientes con un perfil de síntomas predominantemente somático.

Técnicas cognitivas

La reestructuración cognitiva se enfoca hacia la modificación de las creencias negativas y positivas sobre la preocupación.

A modo de ejemplificación del modelo etiológico pueden establecerse ejercicios en los que el terapeuta induce a imaginar todas las consecuencias que conlleva la ocurrencia de un acontecimiento negativo con el fin de demostrar que el preocuparse (contemplar todas las posibilidades) tiende a catastrofizar de manera progresiva los problemas. Asimismo, pueden diseñarse experimentos en consulta para demostrar que los intentos de supresión de las preocupaciones incrementan su intrusividad y persistencia.

En cuanto a las creencias positivas sobre las preocupaciones, deben sopesarse alternativas a la creencia de que preocuparse ayuda a encontrar soluciones a los problemas y/o a estar más preparado para hacerles frente en un futuro. Asimismo, deben diseñarse experimentos conductuales con el fin de revisar si lo que se planificó durante la preocupación es lo que se puso en práctica y si fue de utilidad, o revisar si la capacidad de resolver los problemas es la misma sin utilizar la preocupación previa.

Por otra parte, pueden utilizarse estrategias de solución de problemas para las situaciones que son susceptibles de ser abordadas en un futuro inmediato. En el caso de los acontecimientos negativos que no son accesibles a este tipo de estrategia (p. ej., catástrofes remotas tanto en

cuanto al tiempo como en cuanto a la probabilidad de ocurrencia), es necesario utilizar estrategias de exposición cognitiva.

En cuanto a las creencias negativas sobre las preocupaciones, pueden prescribirse experimentos conductuales que desconfirmen su incontrolabilidad mediante períodos de preocupación controlada consistentes en la detección de la preocupación, aplazamiento y utilización de técnicas de distracción, y prescripción de un período de preocupación controlada. Asimismo, puede utilizarse la intención paradójica (exacerbar la preocupación) con el objetivo de desconfirmar la aparición de las supuestas consecuencias negativas atribuidas a las preocupaciones.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

En una reciente revisión sobre la combinación de terapia farmacológica y TCC se contempla únicamente un estudio que cumpla suficientes criterios de solvencia metodológica. En este estudio se observa que la combinación de diacepam y TCC fue superior a diacepam solo pero no a la TCC sola. Sin embargo, teniendo en cuenta que en la actualidad las benzodiacepinas no pueden considerarse el tratamiento farmacológico de elección para el TAG, pocas conclusiones pueden extraerse de estos resultados.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- La prescripción de la relajación muscular progresiva debe tener en cuenta que se han observado casos en los que la ansiedad se incrementa durante la relajación, lo que desaconseja su utilización en estas situaciones.
- Por otra parte, aunque no existen estudios al respecto, parece más recomendable iniciar la reestructuración cognitiva abordando la modificación de las creencias positivas sobre la preocupación.
- Finalmente, es importante tener en cuenta que la prescripción de la exposición cognitiva debe acompañarse de la prevención de respuesta de toda actividad utilizada para neutralizar las imágenes o pensamientos ansiógenos.

HIPOCONDRÍA

INTRODUCCIÓN

La característica central de la hipocondría es la preocupación excesiva por la salud. Esta preocupación puede manifestarse en el temor de presentar una enfermedad grave o en el convencimiento de estar padeciéndola, a partir de la interpretación errónea de signos o síntomas fisiológicos normales. La prevalencia en la población general se desconoce y en la práctica médica se sitúa entre el 4 y el 9 %. La edad de inicio más frecuente es a

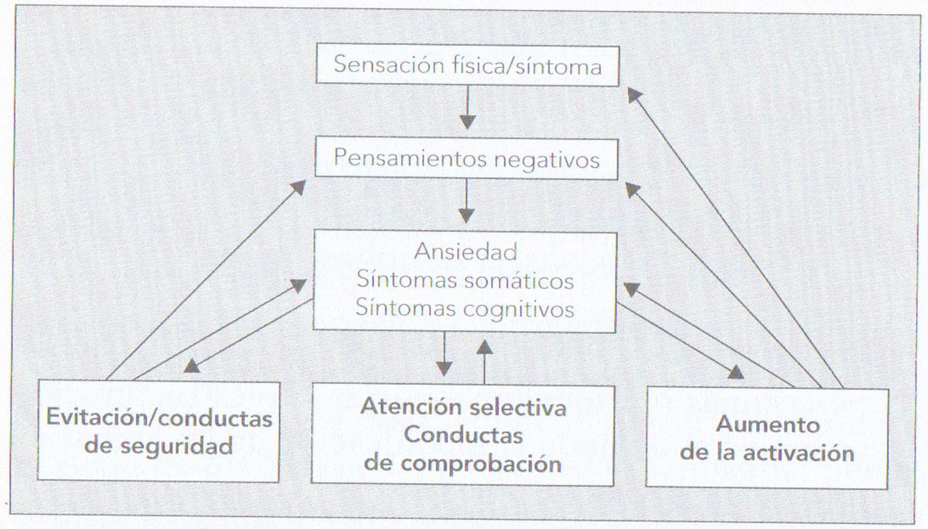


Figura 4-6 Modelo cognitivo-conductual de la hipocondría.

principios de la edad adulta. Su curso es crónico, aunque pueden darse oscilaciones marcadas: períodos de exacerbación en épocas de estrés junto con épocas de recuperación, incluso asintomáticas, a pesar de que la remisión es poco probable en ausencia de tratamiento. La comorbilidad es particularmente elevada con el trastorno depresivo mayor y con trastornos de ansiedad, sobre todo el de pánico.

Aunque está incluida entre los trastornos somatomorfos, desde la orientación cognitivo-conductual, la hipocondría puede ser conceptualizada como un trastorno de ansiedad a medio camino entre las fobias y el TOC. En el modelo cognitivo-conductual de la hipocondría (fig. 4-6), similar al del trastorno de pánico, las sensaciones físicas elicitan interpretaciones negativas que provocan ansiedad, lo que conduce a su vez a conductas como la búsqueda de tranquilización, comprobación y evitación de estímulos relacionados con la enfermedad. Los pacientes focalizan la atención en sus síntomas y en la información relacionada con la enfermedad, lo que provoca una atención selectiva y un sesgo de confirmación respecto a sus interpretaciones negativas. El aumento de activación y ansiedad provoca a su vez más síntomas, atrapando al paciente en un círculo vicioso.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

Actualmente la TCC es probablemente el tratamiento de elección para la hipocondría. En los escasos estudios controlados, de asignación aleatoria y con evaluadores independientes, llevados a cabo hasta la fecha, la TCC se ha mostrado claramente más eficaz que el no tratamiento y algo más eficaz que programas genéricos de manejo de estrés. Cerca del 70 % de los pacientes que finalizan el tratamiento experimentan una mejoría clínica significativa. Los resultados tienden a mantenerse en el seguimiento, aunque es habitual la intervención adicional sobre problemas asociados a la hipocondría.

Además de la educación sobre el problema, en el tratamiento tienden a combinarse la exposición con prevención de respuesta y las técnicas de reestructuración cognitiva, aunque es posible que cada uno de estos elementos sea suficiente por sí solo.

Educación sobre el trastorno

No se debe intentar convencer al paciente de que «no le pasa nada», sino ofrecerle una explicación alternativa de los síntomas basada en la ansiedad. El tratamiento se plantea como un proceso de verificación de esta hipótesis. En el caso de que el/la paciente sea reticente a iniciar el tratamiento psicológico, se recomienda llevar a cabo un examen médico para acabar con las dudas sobre la existencia de la alteración orgánica que teme estar padeciendo, al tiempo que se insta al sujeto a evaluar su nivel de ansiedad antes, inmediatamente después y al cabo de unos días de la revisión médica con el objeto de que se observen los efectos de la información tranquilizadora en el mantenimiento del trastorno.

Exposición con prevención de respuesta

Mediante la construcción de una jerarquía individualizada se elabora un listado de prohibiciones (prevención de respuesta) que persigue la supresión de las visitas médicas y exploraciones clínicas, solicitar información sobre temas relacionados con enfermedades, hablar de los síntomas con los allegados y realizar comprobaciones de las zonas o funciones corporales objeto de preocupación. En la jerarquía también se incluyen las situaciones (estímulos externos) y actividades (que generan estímulos interoceptivos) que el sujeto evita (visitas a hospitales, realizar ejercicio físico, etc.). Con todo ello se planifican las tareas intersesiones –o dentro de la propia sesión– para

la práctica gradual de la exposición en vivo con prevención de respuesta.

Técnicas de reestructuración cognitiva

Al contrario que en el trastorno de pánico, donde se persigue que el paciente vea que sus pensamientos son irracionales, en el tratamiento de la hipocondría debe buscarse un modelo alternativo para el paciente, diferente del modelo de enfermedad al que recurre. En los casos en que la enfermedad temida es difusa o está latente (p. ej., síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA]), el terapeuta no debe caer en ofrecer una explicación para cada síntoma, ya que esto contribuye a verificar el modelo de enfermedad. Los experimentos conductuales pueden poner a prueba directamente algunas cogniciones en el caso de las preocupaciones sobre problemas fisiológicos «mecánicos» (p. ej., enfermedades cardíacas), pero cuando se refieren a otros (p. ej., cáncer), los experimentos no pueden dirigirse a comprobar que la catástrofe temida no sucede, sino a demostrar el efecto de variables como la atención selectiva o la autoinspección, entre otras.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

Hasta el momento no existen estudios controlados que demuestren la eficacia de los fármacos en la hipocondría, aunque estudios abiertos y de caso sugieren que la admi-

nistración de ciertos antidepresivos podría ser eficaz. No se han realizado tampoco comparaciones entre TCC y psicofármacos o estudios combinando ambas modalidades de tratamiento.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Suele ser difícil motivar al paciente con hipocondría para un tratamiento psicológico. Las posibles derivaciones a especialistas en salud mental deben hacerse con gran «tacto». Algunas estrategias que pueden ser útiles incluyen presentar la TCC como una posibilidad a la que hay que dar una oportunidad durante un tiempo limitado; insistir en que seguir un tratamiento psicológico no implica que «todo son nervios», y, una vez en tratamiento, diseñar desde la primera sesión experimentos conductuales que validen el modelo psicológico. También es conveniente utilizar el concepto de «ansiedad por la salud» frente al de hipocondría, por las connotaciones negativas de este último.
- El modelo cognitivo-conductual asume que la tranquilización es un factor de mantenimiento del trastorno, aunque es posible que tenga unos efectos diferentes según se refiera a nuevos síntomas (en los que tendría un efecto ansiolítico) o a los experimentados de manera recurrente (en este caso, al efecto inicial ansiolítico le seguiría un posterior efecto ansiógeno). Lo que debe evitarse sobre todo es este segundo tipo de tranquilización.

- El paciente con hipocondría tiende a interpretar de manera inadecuada ciertas informaciones sobre la salud/enfermedad y es posible que realice interpretaciones equivocadas sobre lo que se ha comentado en las sesiones de tratamiento. Por ello, es importante que el paciente haga un resumen de lo que se ha tratado durante la sesión al final de ésta.
- Es básico que los otros profesionales que atienden al paciente conozcan los objetivos generales del tratamiento, ya que pueden reforzar (tal vez de manera involuntaria) sus cogniciones al ofrecerle tranquilización o «una prueba más» de que no está enfermo/a.
- Un problema habitual es la aparición de nuevos síntomas orgánicos durante el tratamiento. Aunque no existen normas específicas al respecto, se recomienda al profesional médico que se «olvide» de que el paciente tiene «hipocondría» a la hora de valorar el síntoma y decidir si son necesarias nuevas exploraciones.
- En muchos casos será necesario implicar a los familiares o allegados en la intervención con el objeto de establecer pautas de actuación para prevenir el reforzamiento social positivo de las quejas y conductas de enfermedad del paciente y controlar las conductas de tranquilización.
- Si la sintomatología del paciente lo requiere, puede introducirse el entrenamiento en técnicas de control de la activación (respiración, relajación), ya que la presencia de tensión sostenida se relaciona con un incremento de la sintomatología hipocondríaca y de molestias somáticas en general.

- Es relativamente frecuente que las personas con este trastorno requieran intervención adicional para alteraciones asociadas a la hipocondría (desde la sintomatología depresiva a los problemas de relación interpersonal, pasando por los trastornos de ansiedad comórbidos).

Trastornos del estado de ánimo

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la depresión a lo largo de la vida se sitúa en torno al 16 %. Con frecuencia es un trastorno recurrente, que en cada recaída se vincula menos a precipitantes externos, con importantes repercusiones laborales y sociales y con un 10-15 % de suicidios consumados.

Desde modelos psicológicos se han postulado diferentes factores causales o mantenedores de la depresión. En el modelo conductual la depresión es la consecuencia de una baja tasa de reforzamiento positivo contingente, sea por reducción en el número de reforzadores ambientales o por la ausencia de habilidades para obtenerlos. El modelo de Seligman atribuye el trastorno, más que a la cantidad de contingencias, a la apreciación subjetiva de que no se posee control sobre ellas. Desde la perspectiva cognitiva, la depresión es la respuesta emocional a un procesamiento peculiar de la información del entorno (sesgos cognitivos) y a creencias disfuncionales que el sujeto ha desarrollado sobre sí mismo, los demás o las circunstan-

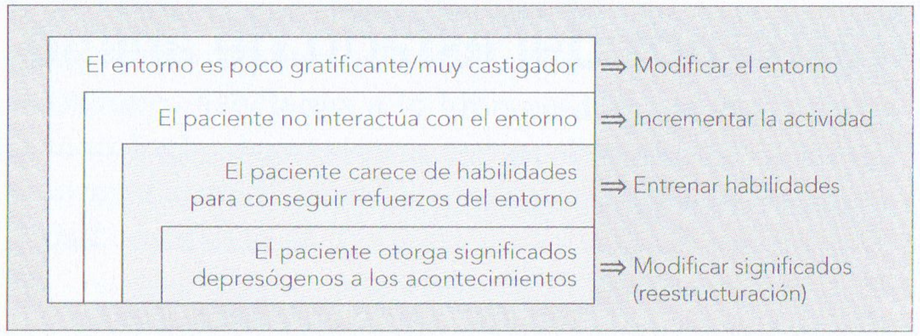


Figura 5-1 Niveles de intervención en el trastorno depresivo.

cias (esquemas). Estos esquemas disfuncionales derivan a su vez en valoraciones cognitivas productoras de malestar ante situaciones que serían neutras para otras personas (pensamientos automáticos).

Estos modelos no son incompatibles, ni excluyen otros. La depresión es probablemente un estado final común a diversas eventualidades del funcionamiento cerebral, incluidas las disfunciones de naturaleza neurofisiológica, los fracasos en los mecanismos psicológicos de afrontamiento o las respuestas evolutivamente adaptativas a entornos desfavorables. En la práctica clínica, las intervenciones terapéuticas inciden a varios niveles, como sintetiza la figura 5-1, e integran elementos procedentes de varias perspectivas teóricas.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

La intervención cognitivo-conductual en la depresión tiene como objetivos: modificar un ambiente adverso,

poco reforzante o excesivamente castigador; incrementar la actividad, es decir, la cantidad y calidad de las interacciones del paciente con el entorno; enseñar al paciente a desenvolverse más habilidosamente en su entorno modificando así su interacción dañina con éste, o modificar el significado que el paciente otorga a los acontecimientos.

Modificar un ambiente adverso

En algunos casos es el paso previo a la aplicación de las restantes técnicas. Por ejemplo, en las depresiones de larga evolución la familia acaba con frecuencia impacientándose y hostigando al depresivo por «no poner suficiente de su parte». Se instruye entonces a la familia para eliminar el castigo indiscriminado, extinguir algunas conductas depresivas y reforzar la actividad. En otros casos puede estar indicado pedir la baja de un trabajo excesivamente castigador, postergar actividades académicas muy demandantes o gestionar un ingreso hospitalario que aísle de forma temporal al paciente de un entorno nocivo.

Incrementar la actividad

Algunos pacientes depresivos pueden haber sufrido una reducción drástica en su nivel de actividad y abstenerse de actividades reforzantes. En la programación gradual de actividades se identifican aquellas que les eran agradables en el pasado, se programan de manera minuciosa para los próximos días y se revisan en cada sesión. En particular, son importantes las actividades que son

intrínsecamente agradables o que hacen al paciente sentirse útil y ganar en percepción de destreza y control. La programación de actividades proporciona al paciente una meta concreta, estructura su vida y le hace implicarse de nuevo en su ambiente. Los objetivos han de ser alcanzables considerando el estado clínico del paciente, con el fin de evitar fracasos que sólo empeorarían el cuadro. Inicialmente puede requerirse la colaboración de personas cercanas, que han de sugerir y empujar sin castigar.

Mejorar las habilidades

Entre las técnicas que proporcionan al sujeto habilidades para tratar más eficazmente con su entorno están el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en aserción, un conjunto de estrategias que incrementa sus posibilidades de obtener refuerzo social aumentando su capacidad para conversar, ampliar el círculo de amistades, expresar sentimientos, encontrar pareja, defender sus preferencias ante los demás, etc. El ambiente social está con frecuencia implicado en la patología depresiva, ya que es al mismo tiempo nuestra principal fuente de satisfacción y de problemas. El entrenamiento en resolución de problemas adiestra al paciente en una metodología sistemática para ser mejor solucionador de problemas, desde una perspectiva en la que las perturbaciones emocionales son la consecuencia de estrategias ineficaces. El sujeto aprende a definir la situación problemática de forma que resulte más abordable, genera el mayor número posible de alternativas de solución y decide cuál

de ellas es más útil en términos de consecuencias a corto y a largo plazo. Esta secuencia sustituye a cursos de acción menos fructíferos como la postergación, la delegación o la inhibición conductual, evita una evaluación de no control al generar siempre, por grave que sea el problema, un número elevado de actuaciones posibles, y aumenta las probabilidades de éxito.

Modificar los significados

Los sujetos deprimidos otorgan significados característicos a los acontecimientos y mantienen peculiares convicciones sobre sí mismos, sobre las otras personas y sobre el mundo. La reestructuración cognitiva es la técnica de la TCC que persigue la comprensión y modificación de estos procesos cognitivos, bajo el supuesto de que son la causa de la depresión. Esta técnica se desarrolla en tres pasos.

Detección de pensamientos automáticos

El terapeuta ayuda al paciente a identificar mediante autoobservación las creencias que causan su malestar y a reconocer sus efectos sobre el humor y el comportamiento. Estas creencias disfuncionales suelen ser indetectables por el propio sujeto, pero son en cambio reconocibles porque aparecen en situaciones elicitadoras repetitivas e inmediatamente antes de cambios emocionales negativos. El terapeuta revisa con el paciente episodios recientes de malestar en busca de estos pensamientos rei-

terativos y de sus implicaciones últimas: «Y si eso fuese así, ¿qué implicaría?», «¿qué consecuencias traería para usted?» o «¿qué es lo peor que podría ocurrir en ese caso?». Son útiles en esta tarea los registros de pensamientos disfuncionales. En los pacientes depresivos, el contenido de estos pensamientos suele relacionarse con el fracaso percibido en alcanzar objetivos vitales importantes, por razones que se evalúan como globales y estables: situación adversa insalvable, carencias personales inmodificables, pérdida irreparable, etc. Los objetivos presuntamente truncados, aunque presentan una gran variabilidad interindividual, tienen en común el ser irrenunciables y altamente motivados, y suelen entroncar con nuestras necesidades básicas como especie: supervivencia, seguridad, acceso a recursos, afecto, estatus, reciprocidad, aceptación social, etc.

Insertar dudas

El argumentar en contra de las creencias o demostrar de una forma racional su inexactitud no sólo es un método ineficaz de cambiarlas, sino que produce un atrincheramiento defensivo. Resulta mucho más productivo insertar dudas en el sistema de creencias del sujeto. Cada pensamiento se somete a análisis mediante descubrimiento guiado, una técnica basada en el método socrático que consta de preguntas específicas diseñadas para que los mismos pacientes lleguen a considerar sus apreciaciones cognitivo-emocionales como hipotéticas y susceptibles de examen. El paciente, inducido por el terapeuta, busca las evidencias que apoyan o contradicen sus creencias, se pregunta por otras posibles interpretaciones de los acontecimientos negativos, sopesa las ventajas y desventajas de una situación vivida como catastrófica o planifica ordenadamente qué hará si sus peores miedos se convierten en realidad. Las hipótesis alternativas (nuevos significados otorgados a las situaciones) han de ser para el paciente tan adecuadas y plausibles como las depresógenas. El paciente trata también de descubrir sus sesgos cognitivos: si presta atención selectivamente a las experiencias negativas de una situación obviando las positivas, obtiene conclusiones arbitrarias sin evidencia suficiente, realiza evaluaciones dicotómicas extremas, se atribuye todo fracaso a sí mismo, presupone actitudes negativas de los demás hacia él, etc. El terapeuta adopta en todo momento una postura neutra, aséptica en cuanto a la veracidad de las hipótesis, y evita siempre aleccionar, sermonear o explicar al paciente «cómo son» las cosas. Estas técnicas interrumpen el procesamiento automático de la información, permiten al paciente distanciarse de sus creencias y posibilitan el cambio.

Comprobación de hipótesis

Por último, el terapeuta diseña junto con el paciente una serie de experimentos en los que tanto las creencias disfuncionales como las posibles alternativas que se hayan podido plantear se ponen a prueba, a semejanza de una verificación de hipótesis científicas. Por ejemplo, el paciente comprueba en su entorno real si aún le que-

dan amigos, si su trabajo es objetivamente peor que el de sus colegas o si determinado problema irresoluble lo es tanto en realidad. La reestructuración cognitiva no es en esencia un procedimiento lógico, sino experiencial: trata de que las propias vivencias del paciente cambien apreciaciones que la discusión filosófica no puede cambiar.

La TCC ha sido más ampliamente investigada que cualquier otra terapia psicológica para el tratamiento de la depresión. Once metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados y controlados publicados hasta la fecha dan por confirmado que ésta es claramente más efectiva que el no tratamiento, la lista de espera y el placebo. La TCC parece también ser eficaz en la reducción de las recaídas y las recurrencias. En la mayoría de estudios, y con la probable excepción de la terapia interpersonal, la TCC ha resultado ser superior a otras terapias (psicoanalítica breve, de apoyo, no directiva), pero los resultados no son tan claros cuando estas terapias se aplican «de buena fe», es decir, como tratamiento activo y no como placebo. No se ha encontrado clara superioridad de la terapia cognitiva y la terapia de conducta una sobre otra o de la TCC sobre ambas por separado. Los mejores resultados se obtienen con terapeutas con formación específica y más de 4 años de experiencia, siendo el tratamiento individual superior al de grupo. La mayor gravedad en el pretratamiento, la cronicidad, la menor edad de inicio, el mayor número de episodios previos, los trastornos de la personalidad y carecer de pareja son predictores de peor resultado (al igual que en otros abordajes).

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

La TCC ha mostrado en más de 20 ensayos clínicos comparativos una eficacia incluso superior a la del tratamiento farmacológico para la depresión. La combinación de fármaco y TCC no obtiene resultados superiores a los de la TCC sola, pero sí una tasa de abandonos que es la mitad que en la condición de solamente fármaco. Se ha mantenido la hipótesis de que en las depresiones más graves el fármaco o la combinación de fármaco y TCC podrían obtener resultados superiores que la TCC sola, pero no hay por ahora datos que lo confirmen. Algunos hallazgos apoyan la superioridad de la TCC sobre el abordaje farmacológico en la prevención de recaídas (30 % frente a 60 %), aunque se basan en sólo siete ensayos publicados con seguimientos a uno o dos años. La evidencia actual sugiere situar la TCC junto con los fármacos antidepresivos como primera línea en el tratamiento de la depresión, dejando al criterio del clínico la decisión definitiva.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Los pacientes depresivos toleran mal la frustración. Hay que evitar que la terapia o el terapeuta confirmen los esquemas depresógenos, por ejemplo pautando ejercicios que luego el paciente no puede cumplir. Es preferible con estos pacientes excederse en prudencia

que en ambición. Si el paciente avanza despacio, el terapeuta usa de todas formas prescripciones paradójicas del tipo «vaya más despacio» o «no quiera correr demasiado». Un retroceso se reencuadra positivamente como «un descanso que el cuerpo necesita tras tanto ejercicio», y un fracaso en cumplir las pautas como «el resultado de ejercicios demasiado ambiciosos» o como «incidentes necesarios o incluso deseables que nos ayudan a ajustar mejor el ritmo de la terapia».

- Además, la persona poco versada en el cambio cognitivo puede pensar que esquemas como «soy una carga» o «no valgo para nada» deberían caer por su propio peso. El paciente, sin embargo, tiene dificultad en percibir sus propios esquemas, de la misma manera que el miope no ve sus gafas sino a través de sus gafas. La dificultad se acrecienta cuando ha de tomar perspectiva sobre ellos y modificarlos: el cerebro es básicamente conservador y prefiere la asimilación (adaptar la información nueva a esquemas preexistentes) a la acomodación (modificar los esquemas en función de la información entrante). Así, un par de buenos argumentos como «¿pero no ves que todos te queremos?» o «¿no ves qué buen trabajo has conseguido?» no harán que el depresivo «se dé cuenta» de su error y cambie su visión de sí mismo y del mundo. Estas intervenciones, que la familia ya ha puesto en práctica empecinadamente, sólo pueden convencer al paciente de que su depresión «no está justificada». Modificar esquemas se asemeja más a aprender un idioma extraño que a «darse cuenta», y requiere muchos meses de metódica reestructuración.
- Por último, en numerosas ocasiones a lo largo del tratamiento, los pacientes pueden sentirse descorazonados y sin ganas de continuar. Es común entre los depresivos, por ejemplo, la teoría del «defecto fatal», según la cual el paciente tiene «algo», normalmente desconocido y congénito, que impide que pueda solucionar sus problemas y salir de la depresión. El terapeuta ha de mostrarse inasequible al desaliento y optimista (dentro de límites razonables). También debe animar: el profesional hace saber al paciente que cree en sus posibilidades de mejorar, comunica la creencia de que el paciente lo está haciendo lo mejor que puede, se centra en sus habilidades, rechaza o relativiza críticas externas poniéndose del lado del paciente, elogia los logros o el esfuerzo puestos en el tratamiento y consuela y proporciona aliento de forma realista.

TRASTORNO BIPOLAR

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios maníacos o mixtos (tipo I) o la alternancia de episodios depresivos e hipomaníacos (tipo II), afecta al 1-1,5 % de la población adulta y está lejos de presentar tan buen pronóstico como tradicionalmente se creía. Su curso es crónico entre el 80 y el 95 % de los casos, con una

media de diez episodios depresivos y seis maníacos de gravedad variable a lo largo de la vida. Con cada nuevo episodio, la probabilidad de recurrencia se incrementa, los ciclos se acortan, y aumenta la autonomía de los episodios respecto a los acontecimientos vitales estresantes. Los episodios constituyen una amenaza para la vida (el riesgo suicida se sitúa en torno al 20 %), así como para los vínculos familiares, las relaciones sociales y la estabilidad laboral y económica.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

El concepto de trastorno bipolar se basa actualmente en modelos de diátesis-estrés, en los que los episodios resultan de la interacción de una vulnerabilidad genética con factores elicitadores o exacerbantes como la falta de adherencia al tratamiento, el consumo de tóxicos, la alteración de ritmos sueño-vigilia, el ambiente familiar adverso o los acontecimientos vitales estresantes. Con el objetivo de modificar estos factores, vienen aplicándose en los últimos años intervenciones psicológicas que ya han demostrado su eficacia en el campo de la psicología de la salud y en el abordaje de la esquizofrenia.

Educación sobre el trastorno (psicoeducación)

Se proporciona al paciente información sobre la naturaleza del trastorno, su curso y las dificultades vita-

les asociadas con el mismo. Se subrayan los potenciales beneficios de la medicación y se señalan sus efectos secundarios, introduciendo también la terapia como herramienta capaz de ayudar a los pacientes a manejar mejor su enfermedad. Con frecuencia la información se facilita asimismo a las personas cercanas al paciente, ya que factores como la alta emoción expresada de los familiares parecen afectar negativamente a la evolución.

Técnicas que incrementan el cumplimiento terapéutico

Del 15 al 46 % de los pacientes con trastorno bipolar tienen niveles plasmáticos de litio que quedan fuera del rango terapéutico, un frecuente indicador de la falta de cumplimiento de la medicación. En efecto, un importante porcentaje de pacientes faltan a las citas, olvidan las tomas, modifican las dosis en función de «lo que les va bien», o dan más crédito a los consejos de familiares y amigos que a los del profesional. Mejorar el cumplimiento del tratamiento pasa por identificar, para cada paciente individual, los factores idiosincrásicos que interfieren con dicho cumplimiento. Hay sin embargo factores comunes que afectan con especial frecuencia, como la mala relación terapeuta-paciente, la información insuficiente y la presencia de creencias erróneas sobre el trastorno y su tratamiento. La tabla 5-1 presenta algunas de las intervenciones más utilizadas para modificar estos factores. Sólo en caso de riesgo elevado de recaída, oposición incoercible a recibir tratamiento y fracaso de las técnicas basadas en la colaboración, se aplican medidas intrusivas, de con-

TABLA 5-1 **Mejora de la adherencia**

Conductas del profesional que mejoran la relación
- Es cordial, empático; da un trato personal; no tiene prisa; se interesa por el paciente
- Permite explicarse al paciente; explora sus preocupaciones y expectativas y las trata respetuosamente; responde a todas las preguntas, quejas y recelos
- Muestra conocimiento de la terapia y optimismo sobre los resultados

Comprensión y memorización de las instrucciones
- Simplificar el régimen; dividirlo en pasos; dar pocas explicaciones, claras y sin jerga médica
- Concretar el régimen: qué, cómo, cuándo, durante cuánto
- Repetir o dar por escrito la información relevante; emplear ilustraciones, anécdotas, esquemas
- Ayudar a la memoria: por ejemplo, medicación en lugares visibles, junto a artículos de uso frecuente
- Comprobar la comprensión: el paciente repite con sus propias palabras las instrucciones

Manejo de actitudes contrarias al tratamiento
- Evaluar expectativas y creencias del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento, sin descalificarlas. Adaptar las pautas a esas creencias: «Esta medicación le ayudará a reponer esas vitaminas que le faltan» o «[...] le ayudará mientras trata de superar por sí mismo la situación»
- Acordar o negociar las metas con cada paciente, o bien justificarlas satisfactoriamente. Pactar: «Le propongo continuar un mes con este tratamiento y cambiarlo si persisten las molestias»
- Interesarse explícitamente por posibles impedimentos a la adherencia (p. ej., efectos secundarios, miedo a «depender de unas pastillas»). Considerar estos problemas como parte del tratamiento
- Utilizar técnicas estructuradas de cambio de actitudes: reestructuración cognitiva, entrevista motivacional

trol externo y que pasan momentáneamente por alto la voluntad del paciente, como la administración del fármaco por el personal sanitario o la hospitalización.

Entrenamiento en detección de pródromos

Los estudios sugieren que los pródromos de la manía se alargan un promedio de 25 días y unos 15 días los de la depresión, y que los pacientes son capaces de reconocer estos síntomas. Los pródromos presentan gran variabilidad entre individuos, pero se repiten de un episodio a otro para el mismo individuo (la firma de la recaída); por ello se pide a los pacientes que identifiquen sus señales idiosincrásicas de recaída: hiperactividad, hipertimia, menor necesidad de dormir, taquipsiquia, etc. Enseñar a los pacientes (o familiares) a detectar los pródromos de un episodio y a buscar ayuda de inmediato posibilita una intervención precoz que evite una recaída total o limite su gravedad.

Prevención de recaídas y consecuencias del trastorno

La terapia se dirige también a problemas psicológicos, sociales u ocupacionales que pueden precipitar episodios, ser consecuencia de éstos o ambas cosas. Se ha observado que los acontecimientos vitales estresantes precipitan las recaídas, sobre todo en las primeras fases del trastorno. Un análisis cuidadoso de los elicitadores pasados puede revelar la vulnerabilidad individual a situaciones específicas, como la sobrecarga laboral, los viajes, los problemas

familiares o el consumo de tóxicos. Los acontecimientos que trastornan las rutinas del paciente y el ritmo sueño-vigilia parecen particularmente relevantes en el trastorno bipolar. Partiendo del análisis funcional, se adiestra a los pacientes en estrategias para afrontar o evitar los estímulos desencadenantes o exacerbantes.

Por otra parte, la TCC puede ser necesaria para paliar las consecuencias del trastorno, ya que un año después de un episodio sólo el 30 % de los sujetos han recobrado su nivel previo de funcionamiento social y laboral. Por ejemplo, el paciente puede presentar problemas matrimoniales, estar desanimado respecto a encontrar otro trabajo o necesitar, en previsión de futuros episodios maníacos, que el control financiero se delegue en un familiar.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

El tratamiento del trastorno bipolar en las últimas tres décadas ha sido casi exclusivamente farmacológico, basado en el litio, la carbamacepina, la oxcarbecepina, la lamotrigina y el valproato. Sin embargo, la profilaxis farmacológica sólo protege contra recaídas al 30-50 % de los sujetos. Se dispone de pruebas, todavía no demasiadas, pero sí consistentes, de que la intervención psicológica puede aumentar el efecto profiláctico de la medicación: disminuye la probabilidad de recaída y la duración de la hospitalización, incrementa el tiempo entre episodios y mejora el funcionamiento sociolaboral y la adherencia

al tratamiento. No hay estudios que comparen el tratamiento farmacológico y el psicológico, y este último se utiliza como coadyuvante de la medicación.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- El paciente que está iniciando una fase maníaca puede pensar que nunca ha estado mejor y no percibir la necesidad de tomar medidas. El profesional negocia con él las vías que debe seguir al tiempo que lo deja hablar, acompaña su humor expansivo y evita confrontaciones que pueden irritarlo fácilmente. Con el cuadro totalmente instaurado, la negociación es imposible y las medidas han de ser intrusivas.
- La reestructuración de la manía como estado que hay que evitar debe hacerse en cambio entre episodios. No todos los pacientes temen las recidivas. Desde una posición neutra y no impositiva el profesional induce la reflexión del paciente sobre las consecuencias positivas y negativas de los episodios. Las recaídas no se interpretan como fracasos, sino como oportunidades de aprendizaje sobre lo que no se hizo bien, dentro de un proceso gradual de cambio de actitudes. Sólo tras varias recaídas acepta el paciente la idea de sufrir un trastorno crónico que requiere de medidas profilácticas de por vida.
- Las dificultades que el profesional encuentra para introducir cambios no son las mismas en las diferentes fases del trastorno: el paciente puede pensar que nada

tiene arreglo si está deprimido, que no hay nada que arreglar si está maníaco o que ya está todo arreglado si lleva unos meses eutímico.

Esquizofrenia

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos psicológicos actuales no se dirigen a la «curación» de la esquizofrenia, sino que simplemente intentan recuperar los aspectos deficitarios que generan discapacidad y mejorar algunos síntomas. La intervención psicológica se centra en la mejora de la capacidad de atención y memoria, las habilidades de comunicación, el conocimiento de la propia enfermedad, el control de los síntomas residuales, etc.

El modelo de vulnerabilidad-estrés formulado por Zubin y Spring se ha convertido en el soporte conceptual de la mayoría de las propuestas terapéuticas de terapia cognitivo-conductual (TCC) para la esquizofrenia. Según dicho modelo, los síntomas surgirían cuando los factores estresantes desbordan las posibilidades de afrontamiento de la persona vulnerable. Y hay que tener presente que la persona que sufre esquizofrenia es más vulnerable precisamente porque tiene los citados déficit de atención y memoria, de habilidades sociales y de afrontamiento, posee una red social débil y sufre síntomas incapacitantes.

TABLA 6-1 **Estrategias de intervención**

Factores de vulnerabilidad	*Intervención*
Alteraciones neurobioquímicas	Farmacoterapia
Experiencias psicóticas	Terapia cognitiva
Escasa competencia social	Entrenamiento en habilidades sociales
Estilo de afrontamiento pasivo	Técnicas cognitivo-conductuales
Emoción expresada	Intervención familiar

En consecuencia, las técnicas de TCC pretenden generar mecanismos de «protección» para contrarrestar la vulnerabilidad (tabla 6-1).

El reciente desarrollo de la TCC ha estimulado la tendencia a agrupar diferentes intervenciones psicológicas en paquetes globales de tratamiento centrados en los aspectos conductuales y cognitivos como los *Módulos de Habilidades Sociales y Vida Independiente* de la Universidad de California-Los Ángeles (UCLA) de Liberman, el tratamiento psicológico integrado de Brenner o el programa de atención multifamiliar de McFarlane. Sin embargo, aunque estos programas presentan muchas ventajas, no resulta recomendable su aplicación sistemática e indiscriminada en todos los pacientes. Dada la heterogeneidad del trastorno esquizofrénico se requiere una evaluación especializada que permita establecer objetivos terapéuticos individualizados.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales se ha consolidado como el componente principal de cualquier programa de tratamiento de la esquizofrenia. Se muestra efectivo en la reducción de los síntomas negativos y en la mejora del funcionamiento psicosocial, aunque no queda claro si es capaz de prevenir las recaídas. Para asegurar la efectividad del entrenamiento se ha de entrenar un amplio abanico de habilidades y huir de los formatos estándar, individualizando al máximo la intervención. Son susceptibles de ser entrenadas habilidades tan diversas como la comunicación, el manejo de conflictos, la asertividad, la preparación de citas y encuentros, el manejo de la medicación y las habilidades vocacionales y laborales. Para facilitar la generalización se deben programar «tareas para casa» que además sean significativas y relevantes. Es importante destacar que el entrenamiento en habilidades debe tener una duración superior a un año para que los resultados sean duraderos.

Intervención familiar

La intervención familiar ha conseguido demostrar ampliamente que es capaz de reducir la tasa de recaídas, reducir el nivel de emoción expresada, mejorar el funcionamiento social del paciente, y reducir el *family burden*.

Sin embargo, es importante señalar que varios estudios con amplias muestras han demostrado que las intervenciones psicoeducativas que no van acompañadas de un entrenamiento específico de habilidades de competencia no se muestran útiles en la reducción de síntomas o en la prevención de recaídas. Por lo tanto, la intervención familiar deberá añadir al componente informativo un entrenamiento específico en habilidades sociales específicas y de técnicas de solución de problemas. Los modelos de McFarlane, de Fallon o de Leff son un ejemplo. Respecto al lugar de realización, resultan igual de efectivos cuando se realizan en la clínica que en casa del paciente, aunque deberán implicar el máximo número posible de integrantes de la familia.

Rehabilitación neuropsicológica

Los programas que demuestran mayor efectividad utilizan información psicosocial relevante y no material de laboratorio, se dirigen de manera específica a las funciones de atención, memoria y las funciones ejecutivas, y no se basan en la práctica repetida, sino en principios neuropsicológicos como el aprendizaje sin errores, el *scaffolding* y el uso de la metacognición. El programa que goza de mayor respaldo es el tratamiento psicológico integrado. Se alude a una terapia «integral», puesto que intenta paliar los déficit cognitivos y a la vez mejorar el comportamiento social deficitario. Consta de cinco subprogramas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y solución de problemas interpersonales. Aunque todos los programas inciden en la recuperación cognitiva, los dos primeros son los que más inciden en los procesos cognitivos de atención, memoria, abstracción, etc. El formato es grupal y acostumbra a ser el primer paso de la rehabilitación psicosocial, sobre todo en los pacientes con déficit cognitivos demostrados.

Estrategias de afrontamiento

Pretenden generar un afrontamiento activo y eficaz tanto de los factores estresantes ambientales como de los producidos por el propio trastorno. Así, se pretende que el paciente disponga de estrategias de manejo de síntomas, mediante el uso específico del análisis funcional de los síntomas y el entrenamiento en estrategias conductuales: distracción, detención del pensamiento, etc., y también conductuales (activación conductual, tiempo fuera autoaplicado o técnicas de solución de problemas).

Reestructuración cognitiva

Cada vez se dispone de mayor evidencia empírica y de estudios controlados que avalan la utilización de la terapia cognitiva en pacientes con ideas delirantes resistentes al tratamiento farmacológico o niveles elevados de depresión y pensamientos suicidas. Los objetivos de la reestructuración cognitiva generalmente son tres: reducir el desasosiego y la incapacidad causados por los síntomas psicóticos; disminuir el sufrimiento emocional y ayudar al paciente a lograr una comprensión de la psicosis, con vis-

tas a promover su participación activa en la reducción del riesgo de recidiva y de incapacidad social. Es preciso señalar que el objetivo fundamental es reducir el desasosiego causado por los síntomas, más que la modificación completa de las experiencias psicóticas y creencias delirantes.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

Por una parte, el tratamiento farmacológico no parece mejorar directamente los síntomas negativos como el aislamiento social, la calidad de las relaciones interpersonales o el control de los acontecimientos estresantes del paciente esquizofrénico. Por otra parte, los tratamientos psicológicos no parecen corregir las anomalías neurobiológicas, o controlar la agitación o la sintomatología sensoperceptiva directamente. Por lo tanto, debido a que los tratamientos disponibles sólo consiguen mejorar procesos sintomáticos aislados, resulta imprescindible sumar las estrategias farmacológicas, psicológicas e incluso sociales generando una estrategia terapéutica integral. Así lo demuestran los estudios controlados, que atribuyen el mayor éxito terapéutico a las estrategias combinadas.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- No resulta nada recomendable aplicar de manera indiscriminada programas de tratamiento estándar sin una evaluación técnica y completa de cada paciente, ya que bajo el diagnóstico de esquizofrenia coexisten síndromes muy diferentes. Algunas intervenciones como la rehabilitación neuropsicológica o el entrenamiento en habilidades sociales podrían producir sobreestimulación y desencadenar recaídas si se aplican en una fase productiva o en pacientes con déficit cognitivos graves, respectivamente.
- El formato de grupo resulta especialmente adecuado para realizar el entrenamiento en habilidades sociales, la intervención familiar y la rehabilitación neuropsicológica, ya que ofrece la oportunidad de potenciar la intervención con el uso de técnicas de modelado y retroacción, además de las obvias ventajas de economía de recursos. Sin embargo, las estrategias de afrontamiento y la reestructuración cognitiva se realizan de forma individual.
- Idealmente, el proceso global de rehabilitación debería comenzar por la intervención neuropsicológica y la intervención familiar; seguidamente el entrenamiento en habilidades sociales y las estrategias de afrontamiento. Por último, la reestructuración cognitiva debe utilizarse sólo en pacientes que presentan ideación suicida, o cuando los síntomas psicóticos no remiten completamente con la farmacoterapia.

Disfunciones sexuales

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones sexuales pueden ser de muy distinto tipo y naturaleza. Los sistemas de clasificación más adecuados son los que asocian cada disfunción a la fase de respuesta sexual en que aparecen. Siguiendo las clasificaciones internacionales al uso, pueden dividirse de forma relativamente cómoda para el facultativo. En los orígenes etiológicos deben descartarse causas derivadas de otras situaciones psicopatológicas (p. ej., ansiedad y depresión) y secundarias a tratamientos farmacológicos o a otros factores orgánicos. En la práctica clínica habitual, ambas etiologías se ven solapadas hasta el extremo de que en el trastorno de la erección en el varón (que en el consenso internacional de expertos de diversas especialidades se acordó denominar disfunción eréctil) el grueso epidemiológico corresponde a situaciones mixtas periféricas-centrales, lo que, en términos domésticos ya obsoletos se denominaba orgánico-psicógenos. Tanto es así que con los nuevos elementos de evaluación orgánica que poseemos, se ha experimentado un vuelco singular en los porcentajes de disfunción eréctil periférica, mixta y central («psicógena») pura, y se consi-

dera que esta última estaría en un rango de porcentaje del 20-30 % en las poblaciones clínicas estudiadas.

Si bien los datos epidemiológicos deben ser considerados con prudencia, se considera que el deseo sexual hipoactivo se presenta entre el 30 y el 40 % de las mujeres y en el 20 % de los varones; la anorgasmia femenina en el 16-30 %, la disfunción eréctil oscila entre el 9-52 % de los varones, dependiendo de la edad, aunque las cifras medias son del 10 %; la eyaculación precoz representa el 37 %; la dispareunia, el 2 % de mujeres, y el vaginismo, el 3 %.

Las etiologías son múltiples y aplicables a prácticamente todas las disfunciones sexuales, pero en algunas con más peso, como la disfunción eréctil, el deseo sexual hipoactivo o los trastornos orgásmicos, en los cuales, para complicarlo más, se sobreañaden causas yatrogénicas. Los distintos cuadros psiquiátricos son susceptibles de alteraciones sexuales secundarias. Así, en la depresión se han publicado 12 estudios fiables en los cuales el deseo sexual hipoactivo oscila entre el 32 y el 61 %; la disfunción eréctil representa el 35 %, si bien en casos graves se propugna hasta un 80 %; la eyaculación precoz, el 38 %; la anorgasmia femenina, el 34 %, y el trastorno orgásmico masculino (eyaculación retardada), el 47 %. En los trastornos de ansiedad, la disfunción eréctil es la entidad mejor estudiada, aunque no hay estudios controlados, por lo que las cifras deben considerarse con prudencia: así, en la ansiedad generalizada se ha comunicado disfunción eréctil moderada (35 %) y grave (19 %); en la esquizofrenia (un estudio fiable), el 46,7 % de disfunción eréctil, y un deseo sexual hipoactivo del 40 %; en los trastornos de angustia,

el 25 %; y el 51,6 % de disfunciones sexuales en agorafóbicos, de los cuales el 20 % presentaban disfunción eréctil. En el vaginismo el factor orgánico tiene poca influencia; en realidad, es una fobia con subtipos de excesiva contractilidad de la musculatura pubococcígea. La aversión al sexo es un cuadro en el que apenas existen estudios epidemiológicos, relativamente raro y plausiblemente más frecuente en mujeres; se singulariza como un trastorno fóbico asociado o no a una actitud erotofóbica previa. En la eyaculación precoz no debe subestimarse la función que tienen ciertos factores psicofisiológicos que determinan el nivel eyaculatorio basal propio de cada individuo, y que son responsables a su vez de la latencia eyaculatoria en cada uno de los subtipos de eyaculación precoz. Esta latencia sería el producto de, al menos, cuatro grandes factores:

- La rapidez e intensidad de la relación sexual (novedad de la pareja, tipo de estímulo, estilo cognitivo del sujeto).
- El propio umbral eyaculatorio, dependiente de la velocidad de conducción neurológica, ya que los eyaculadores precoces poseen un reflejo bulbocavernoso más rápido. En un mismo individuo también dependería del tono en que se hallara el sistema nervioso autónomo: a mayor predominio del sistema simpático (estrés), menor umbral y mayor rapidez eyaculatoria, mientras que a mayor predominio parasimpático (p. ej., al despertarse por la mañana), umbral más alto y menor rapidez eyaculatoria.

- La capacidad de control aprendida.
- La posibilidad de inhibición del reflejo de forma involuntaria, al mantener una atención consciente focalizada sobre el mismo.

En la población general, los distintos sujetos se ubicarían en un continuo en el que los valores más bajos de umbral corresponderían a la eyaculación precoz, mientras que los valores más altos provocarían eyaculación retardada o ausencia de eyaculación, si bien en este último caso intervendría también la inhibición involuntaria del reflejo por exceso de autocontrol. Podrían considerarse varios tipos de eyaculación precoz: *a)* de constitución neurológica (predisposición biológica a la eyaculación rápida); *b)* por enfermedad física (prostatitis, trauma del cordón espinal); *c)* por retirada de opiáceos; *d)* por «malestar psicológico» (trastornos mentales o conflictos de pareja); *e)* por habilidades deficitarias (trastorno de condicionamiento), y *f)* asociada a otra disfunción sexual. Todas son generalizadas menos las dos últimas, que pueden asociar contextos situacionales.

El paradigma del modelo cognitivo-conductual en el origen y mantenimiento de las disfunciones sexuales es el de la disfunción eréctil, aunque con ciertas excepciones y especificaciones propias de la historia natural de cada una de las disfunciones, pero también de sus características intrínsecas. Es probable que el deseo sexual hipoactivo y la eyaculación precoz sean los dos trastornos que más se desviarían del núcleo central del modelo.

Si bien se han singularizado algunos elementos específicos que pueden contribuir a la eclosión y mantenimiento de una disfunción eréctil, se considera como factor central el marcaje del proceso de ansiedad que bloquea la erección. El hombre con problemas de erección percibe las situaciones sexuales como amenazantes, subestima el nivel de excitación alcanzado, pierde la percepción de control sobre su respuesta erectiva y presenta abundantes creencias erróneas que llegan a mermar su autoestima y su autoconfianza. Por un lado, estaría el foco emocional, de la ansiedad hacia el acto; por otro, el del foco cognitivo, de la autoevaluación del acto sexual. Este estilo cognitivo, altamente rumiativo le lleva a desarrollar una serie de conductas que van, en un continuo marcadamente instrumental, desde la evaluación de su rendimiento sexual hasta la evitación (fig. 7-1). La ansiedad de rendimiento (66 %) y la anticipatoria (86 %) cubren un amplio espectro de la disfunción eréctil, al igual que el estilo rumiativo que está presente en el 46 % de los pacientes.

Se diferencian los sujetos con predisposición cognitiva hacia la disfunción de los que no la presentan. En este último caso, la ansiedad parece facilitar la respuesta sexual, centrándose la atención en las sensaciones eróticas, y dificulta la erección por la distracción. En cambio, esta última parece facilitar la respuesta en los individuos con predisposición cognitiva, que centran su atención en las consecuencias de un posible fracaso. Se ha sugerido que el rol de la ansiedad debería ser reconceptualizado. No siempre es responsable de la iniciación o el mantenimiento de las disfunciones sexuales. En muchos casos es

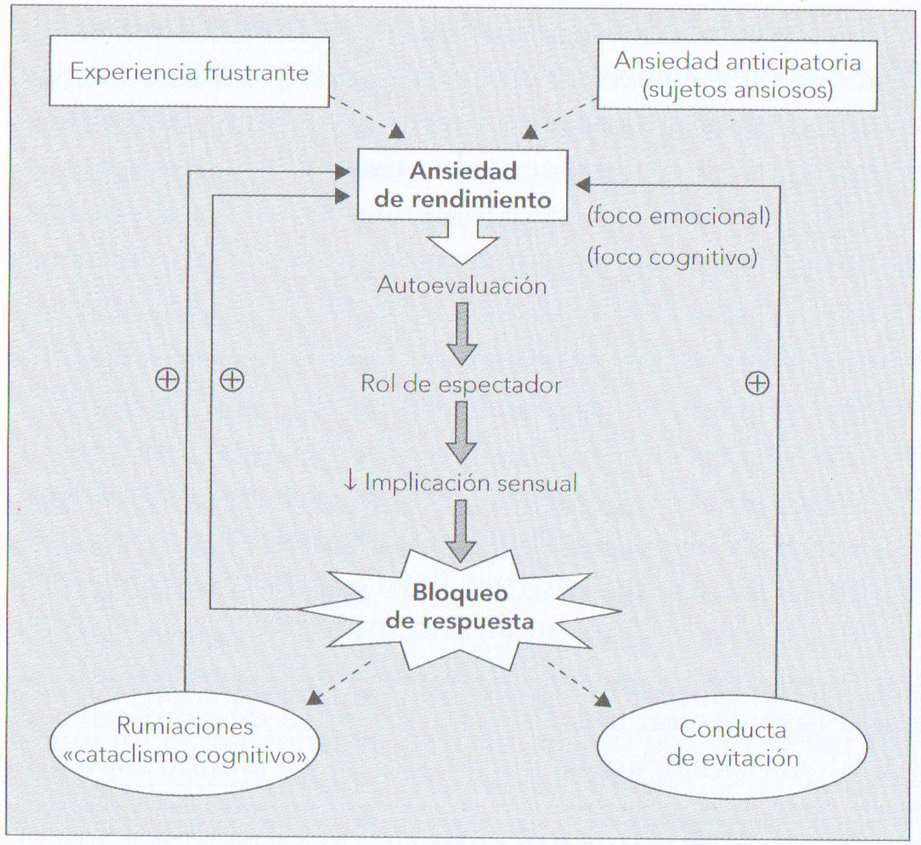


Figura 7-1 Proceso psicológico de la disfunción eréctil.

la alternancia entre procesos perceptuales y atencionales lo que provoca la eclosión del proceso. Así, un fallo esporádico provoca un viraje en la «concentración» central con atención selectiva a la excitación periférica («visión de túnel»), lo que elicita su inhibición y bloqueo.

Algunas disfunciones como la aversión al sexo y el vaginismo siguen de forma bastante exacta la teoría clásica de aprendizaje de adquisición de las fobias (procesos de condicionamiento clásico y mantenimiento por con-

dicionamiento instrumental de evitación). El trastorno orgásmico femenino es un ejemplo de la invasión de otros factores en el modelo clásico. Deben considerarse:

- La estimulación insuficiente del clítoris, respecto al umbral orgásmico de cada mujer, que es el factor conductual que se ha de valorar siempre en primera instancia.
- La autovigilancia durante la relación sexual y la ansiedad asociada a la expectativa del orgasmo.
- Los sentimientos de culpabilidad por creencias erróneas respecto al derecho de experimentar placer.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

Formulaciones generales

- Condiciones previas:
  - Reetiquetado y reatribución del problema.
  - Motivación y responsabilidad por parte del individuo y de la pareja.
- Cambio de actitudes:
  - Información sexual.
  - Mejoría de los factores de comunicación interpersonal y, si es necesario, habilidades sociales.
- Indicaciones específicas:

— Técnicas de manejo de ansiedad, adaptadas a situaciones sexuales. Inclusión de procedimientos como la relajación, reestructuración cognitiva o manejo de estrés.

Contraindicaciones de la terapia sexual

- Trastorno mental profundo.
- Toxicomanías descompensadas.
- Embarazo.
- Trastornos graves de relación social.
- Motivación escasa.
- Trastornos graves de pareja.

Focalización sensorial

La focalización sensorial se ha convertido en una especie de «fórmula mágica» recomendada para prácticamente todas las disfunciones sexuales. Podría considerarse una exposición programada. Es una garantía del incremento de todo lo que será comunicación de la pareja, placer mutuo y fantasías sin demanda angustiosa de rendimiento. En la figura 7-2 se resume el proceso.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existen diversos fármacos que han mostrado efectos positivos en las disfunciones sexuales, sobre todo en la

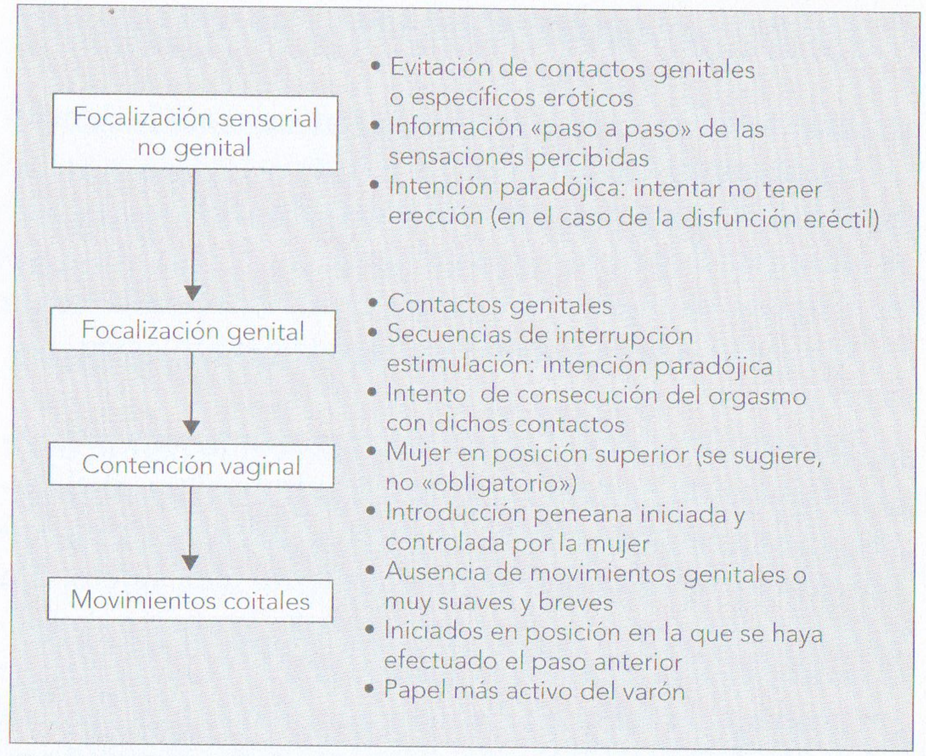


Figura 7-2 Pasos progresivos en la localización sensorial.

disfunción eréctil y en la eyaculación precoz. Menos específicos y con resultados mediocres son los fármacos para el deseo sexual hipoactivo. En la disfunción eréctil se han mostrado eficaces en estudios controlados, la prostaglandina por vía intracavernosa y los inhibidores de la fosfodiesterasa sildenafilo, vardenafilo y tadanafilo administrados de forma oral. Hay un estudio de la asociación sildenafilo-TCC y otro de comparación alprostadil-sildenafilo y TCC. Son retrospectivos y no controlados por lo que los resultados (más positivos para la asociación) sólo tienen consideración de pura observación clínica.

Los fármacos están indicados en:

- Sujetos en los que no se consigue desmarcar la demanda de sexualidad coital.
- Ausencia de pareja o pareja inestable.
- Fracasos de la terapia psicológica.
- Cuando el sujeto o su pareja están extremadamente bloqueados para intentar un abordaje psicológico.

En este último caso, puede retomarse la terapia psicológica o iniciarla en caso de haber sido imposible, si el fármaco ha conseguido niveles de eficacia suficientes y ha desbloqueado la ansiedad de rendimiento del sujeto. En cualquier caso, nunca debe despreciarse la opción de asociar desde un principio un fármaco con la TCC, si bien se precisan más estudios controlados que demuestren que esta asociación potencia o mantiene los resultados terapéuticos.

El uso de fármacos (clomipramina y paroxetina son los que presentan mejores estudios controlados, aunque otros como el citalopram también actuarán) puede estar indicado en casos de eyaculación precoz grave, como coadyuvante de la terapia comportamental. Debe tenerse en cuenta que el tratamiento farmacológico, por sí solo, no conlleva una mejora en el aprendizaje del control eyaculatorio, por lo que al prescindir del fármaco el umbral eyaculatorio permanece inmodificado. Una asociación entre ambas terapias se ha defendido en un único trabajo, teniendo en cuenta que la eyaculación precoz responde a patrones multietiológicos, lo cual presupone una formulación distinta según el subtipo de disfunción.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Las afirmaciones que vienen a continuación se basan en la experiencia clínica de los autores. Por desgracia, no existen estudios controlados que apoyen los resultados terapéuticos.

Deseo sexual hipoactivo

En todo el proceso se debería estimular el desarrollo de las fantasías sexuales, si es aceptado por el/la paciente, pues se encuentran disminuidas o anuladas en el proceso de la ausencia o pérdida del deseo sexual. En algunos casos esta estrategia puede asociarse a técnicas de autoestimulación.

Los trastornos del deseo son complejos de tratar y, por lo tanto, el índice de éxitos terapéuticos es uno de los más bajos dentro de las disfunciones sexuales (las estadísticas hablan del 50 %). Existe un alto porcentaje de recaídas, abandonos y de éxitos parciales o temporales.

En casos de intenso bloqueo que no permite el inicio de una terapia conductual específica, pueden intentarse técnicas de inducción hipnótica con énfasis especial en los elementos cognitivos. A su vez, pueden añadirse visualización y reestructuración cognitiva en los casos en que existan creencias distorsionadas sobre el sexo; estas posibilidades terapéuticas pueden considerarse también en otros trastornos sexuales que presenten circunstancias etiológicas mantenedoras semejantes.

Aversión al sexo

Con la desensibilización sistemática en vivo el paciente se enfrenta de forma progresiva a la situación temida en un entorno placentero y ausente de exigencias. En casos de resistencia, visualización o desensibilización sistemática imaginada.

Trastorno orgásmico femenino

El programa asocia la autoestimulación (con o sin vibrador) y las focalizaciones sensoriales y genitales con coito progresivo, asociando la ejercitación del músculo pubococcígeo, una estrategia que pretende mejorar la tonicidad de la musculatura pélvica.

- *La maniobra «del puente»* consiste en la estimulación del clítoris simultánea a la introducción vaginal. Más tarde se efectúa la introducción progresiva más temprana de la estimulación clitorídea mientras se está insertando el pene, con objeto de que se llegue al clímax sin «ayuda del clítoris».
- Algunos aspectos cognitivos pueden ser enfocados con los modelos referidos a otros trastornos para aplicarlos a terapia sexual en general y la anorgasmia femenina en particular. Las causas cognitivas de magnificación (pensar que las experiencias sexuales que no «resultan perfectas» son un desastre total) y minimización (ignorancia de algunas experiencias por considerar que no conducen al placer) y personalización (de la responsabilidad individual en el placer sexual sin considerar la del compañero o a la inversa) son reeducadas mediante reestructuración cognitiva basada en la información adecuada y en las facilidades de comunicación.

El trastorno secundario a la debilitación de la musculatura del suelo pélvico (frecuente tras el embarazo y el parto) es responsable de bajo tono muscular, reducción de irrigación sanguínea y de la fuerza de las contracciones, con disminución de la sensibilidad sexual e intensidad de los orgasmos, e incluso anulación de éstas. En estos casos se ha propuesto entrenamiento con retroacción biológica, que permite la objetivación visual de la capacidad para contraer o relajar la musculatura pélvica y la relación existente entre determinados pensamientos o emociones y la respuesta involuntaria de la musculatura. Se pretende además que la mujer tome conciencia de la sensibilidad erótica directamente implicada en la respuesta sexual. Acostumbra a utilizarse un fotopletismógrafo vaginal que refleja el grado de espasticidad. Si los resultados fueran brillantes podría ser una técnica esperanzadora para ciertas disfunciones resistentes.

Dispareunia

La desensibilización en vivo implica los siguientes pasos:

- Ejercicios del músculo pubococcígeo, con introducción progresiva de tampones vaginales o semejantes.

- Ejercicios del músculo pubococcígeo con introducción de dedos propios o del compañero.
- Los intentos iniciales de penetración, sea cual sea la postura elegida, deberán realizarse con movimientos lentos y acompañados de ejercicios del músculo pubococcígeo.

En ambos casos pueden utilizarse lubricantes vaginales y relajación muscular.

Vaginismo

- Ejercicios de relajación muscular.
- Prevención de cualquier intento de coito.
- Pasos progresivos: *a)* autoexploración de los genitales; *b)* introducción progresiva de tampones o dilatadores vaginales (desde los de menor a mayor tamaño); *c)* ídem de los propios dedos de la mujer afectada; *d)* repetir los ejercicios con la pareja presente; *e)* introducción progresiva de los dedos del compañero, y *f)* coito en posición supina de la mujer.

Una alternativa de tratamiento sería la retroacción biológica con acomodación de la paciente, que va generando una gráfica que refleja el grado de espasticidad. En sesiones de 40-60 minutos se intenta colocar un tampón vaginal o el propio dedo, mientras se observa la respuesta de contracción de la musculatura pélvica. Se complementa con ejercicios en el domicilio. Las ventajas parecen semejantes a las del trastorno orgásmico femenino.

Fracaso de la respuesta genital (disfunción eréctil)

El tratamiento psicológico sigue las pautas generales de la terapia sexual (focalización sensorial, coito sin exigencias, tratamiento de factores de ansiedad y cognitivos).

Una variante de la técnica general es la utilización de la intención paradójica en las primeras fases, es decir, sugerir al paciente que intente evitar la erección para disminuir la ansiedad de rendimiento. Antes de pasar al coito, puede sugerirse la técnica de disminución e incremento del estímulo por parte de la pareja, permitiendo que la erección decrezca y se recupere, lo cual puede disipar la ansiedad.

Si a pesar de todo la ansiedad persiste, se debe realizar relajación aplicada, visualización o estrategias cognitivas de manejo de ansiedad.

Una situación muy específica en la disfunción eréctil es lo que podría denominarse fobia a la erección. El factor desencadenante de ansiedad es la propia erección, que actúa como estímulo discriminativo. El logro de una erección activa el estado de alerta y provoca evitación de situaciones que se consideran desagradables. En estos casos se propone la ingesta sistemática de fármacos orales (sildenafilo, tadanafilo o vardenafilo), administrados en dosis terapéuticas, y establecer una jerarquía de pasos que consisten en:

- Caricias no genitales durante la erección.
- Caricias genitales durante la erección.
- Autoestimulación.

- Heteromasturbación.
- Roce genital externo.
- Penetración opcional sin movimientos coitales en postura pasiva masculina.
- Penetración opcional con movimientos coitales en postura pasiva masculina.

En los casos de fobia a la erección estudiados (se desconoce la epidemiología de este subtipo de disfunción eréctil) los resultados han sido positivos con disminución de la ansiedad cognitiva y somática. Cuando la situación sexual es más estable se inicia la reducción progresiva del fármaco con el objetivo de la supresión total.

Según nuestra experiencia clínica, las variables que afectan más de manera negativa al resultado terapéutico global son: pareja no colaboradora, estilo rumiador, ansiedad generalizada y deseo sexual hipoactivo. Sin embargo, esta afirmación debe ser analizada con prudencia, ya que se trata simplemente de estudios empíricos no controlados.

Eyaculación precoz

La técnica básica para efectuar este aprendizaje es la denominada de parada y arranque *(stop-start)*.

Para llevarla a cabo, es importante que se identifiquen las sensaciones premonitorias del orgasmo y se detenga la estimulación sexual antes de que éste se produzca. Se recomienda seguir unos pasos progresivos que van desde la estimulación manual por parte de la pareja hasta la introducción vaginal en postura superior femenina, inicialmente sin movimiento. La secuencia de parada y arranque pretende el incremento del autocontrol del sujeto.

Trastorno orgásmico masculino

Los problemas de retraso de la eyaculación requieren en muchos casos iniciar el tratamiento de forma individualizada, aunque exista una pareja estable, debido al «hipercontrol» que bloquea la respuesta eyaculatoria, incluso con la sola presencia de la pareja. Las tareas específicas son:

- Programa individual de entrenamiento en autoestimulación.
- Programa conjunto con la pareja que incluye la siguiente secuencia:
  - Masturbación del hombre en presencia de la pareja.
  - Consecución de la eyaculación con estimulación por parte de la pareja.
  - Obtener la eyaculación lo más cerca de la entrada vaginal.
  - «Puente» entre el paso anterior y penetración con movimientos progresivos de la mujer, en posición superior.

Impulso sexual excesivo

Es extremadamente difícil definir operativamente la hipersexualidad, sobre todo cuando no acompaña a cua-

dros psicopatológicos u orgánicos conocidos. Se considera que un exceso de impulso sexual puede ser producto de una hiperfunción de todos los aspectos relacionados con la naturaleza del impulso sexual (neuroendocrinos, dopaminérgicos, cognitivos, comportamentales o dimensionales de la personalidad). Si sólo se cumple un criterio de hipersexualidad sin sufrimiento psicológico por la misma ni trastornos comportamentales o de adaptación relacionados, no debe considerarse un trastorno. Sin embargo, la hipersexualidad se asocia a conducta parafílica y adicción sexual no parafílica.

Tratamiento cognitivo-conductual

- Aceptación del problema.
- Control de estímulos.
- Técnicas de manejo de ansiedad ante la «compulsión» sexual. Prevención de respuesta.
- Reestructuración cognitiva (pensamientos irracionales).
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Afrontamiento del estrés. Resolución de problemas residuales para establecer relaciones sexuales normativas.

Terapia de grupo

- La «mejor opción». Consigue una mejoría en el autocontrol y la autoestima.
- Contratos terapéuticos, refuerzo de conductas adaptativas y afrontamiento de recaídas.

La prevención de recaídas seguiría los siguientes criterios:

- Reconocimiento del riesgo:
  - Diario conductual-cognitivo.
- Enfrentamiento al impulso:
  - Estrategias conductuales: *a)* evitación de los factores de riesgo identificados, y *b)* respuestas protectoras específicas.
  - Estrategias cognitivas: *a)* aceptación del impulso y las fantasías en el comportamiento como consecuencias naturales del proceso de recuperación; *b)* reconocimiento de que los impulsos pueden controlarse («racionalización»), y *c)* revisión de los beneficios de la abstinencia y de las consecuencias negativas potenciales en caso de recaída.

Los resultados de la TCC son relativamente buenos en estos trastornos, aunque en el vaginismo es en el que se consiguen porcentajes más elevados de éxito (90 %) con seguimientos adecuados. La disfunción eréctil depende del tratamiento aplicado: la terapia de conducta pura es de resultados inciertos (41 %), mientras que si se añaden elementos cognitivos los porcentajes ascienden al 61 %, basándonos en un seguimiento retrospectivo personal de 3 años, sin grupo control. Precisamente uno de los problemas metodológicos de la terapia sexual es la ausencia de trabajos en los que se hayan usado grupos experimen-

tales de control (lista de espera, no tratamiento o atención-placebo), además de que los seguimientos acostumbran a ser de tiempo reducido.

Trastornos del control de los impulsos

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la etiología de estos trastornos no está clara y se desconoce si comparten algún rasgo importante, la cuarta revisión del *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* de la American Psychiatric Association (DSM-IV) y la *Clasificación de los Trastornos Mentales* de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) siguen manteniendo una categoría diagnóstica residual dedicada a algunos trastornos del comportamiento que no son clasificables en otras categorías nosológicas.

De forma descriptiva, los trastornos del control de los impulsos se caracterizan por:

- Incapacidad del paciente para resistir un impulso que produce una conducta dañina (para los intereses del paciente o los de los demás).
- Antes de realizar el comportamiento, experimentación del impulso como un aumento de tensión o activación.
- Durante la realización del comportamiento, experimentación de placer, gratificación o alivio tensional, es decir, que es negativamente reforzante.

- Después del comportamiento puede aparecer culpa o remordimiento.

En la actualidad se mantienen cinco categorías específicas: piromanía, tricotilomanía, cleptomanía, trastorno explosivo intermitente y juego patológico.

Piromanía

No existen datos fiables sobre la incidencia y prevalencia del trastorno, por las series referidas en la bibliografía se puede inferir que es muy baja y que alrededor del 90 % se da en varones. Su aparición normalmente se produce en la infancia.

Tricotilomanía

Existen pocos datos epidemiológicos fiables. Diversos estudios coinciden en señalar que el trastorno puede afectar al 4 % de la población. El inicio más frecuente es en la infancia, con períodos de máxima incidencia entre los 5 y los 8 años y reaparición a los 13, con igual distribución entre sexos. Aunque algunos autores consideran el trastorno dentro del espectro obsesivo-compulsivo, no existen evidencias científicas al respecto.

Cleptomanía

No existen datos epidemiológicos fiables. A partir de referencias clínicas parece ser que la cleptomanía es a menudo concomitante con los trastornos del estado de

ánimo y que su inicio más frecuente sería en la adolescencia.

Trastorno explosivo intermitente

La epidemiología es poco conocida, aunque hay acuerdo general sobre la mayor prevalencia en varones que en mujeres, siendo su aparición por lo general entre la segunda y la tercera década de la vida.

Juego patológico

La tasa oscila según países y núcleos de residencia entre el 0,5 y el 2,5 %. Un reciente metaanálisis realizado sobre 120 estudios estima que el 1,6 % de los adultos en Estados Unidos y Canadá pueden ser diagnosticados de jugadores patológicos a lo largo de la vida.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

Debido en parte al escaso porcentaje de los trastornos, si se excluye el juego patológico, incluidos en esta categoría diagnóstica, existen pocos estudios controlados sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos. Fundamentalmente se dispone de estudios basados en series de casos y descripciones de casos únicos.

Según la última revisión de la American Psychological Association de las intervenciones psicológicas con apoyo empírico, la inversión de hábitos y las técnicas de control

son tratamientos de probable eficacia en el tratamiento de hábitos no deseados.

Desde la perspectiva conductual parece razonable agrupar los trastornos del control de impulsos en tres grupos:

- *Grupo I.* Tricotilomanía, cleptomanía y piromanía.
- *Grupo II.* Trastorno explosivo intermitente.
- *Grupo III.* Juego patológico.

Grupo I: tricotilomanía, cleptomanía y piromanía

La mayoría de estudios realizados se basan en tratamientos aplicados a pacientes con tricotilomanía. Los programas de inversión del hábito han demostrado mayor eficacia que la práctica negativa, técnica basada en los principios de la saciación. Los ingredientes esenciales para el control de los hábitos no deseados han de incluir los siguientes elementos:

- *Evaluación.* Descripción y detección de la respuesta que se desea modificar, identificación de los estímulos precursores y de las situaciones de alto riesgo.
- *Entrenamiento en la inversión del hábito.* Incluye en una primera fase la explicación del tratamiento enmarcado en el modelo de autocontrol. La segunda fase se compone de la búsqueda y práctica de respuestas incompatibles con el hábito y de técnicas de control del estímulo para reducir la probabilidad de emisión de la conducta. El ensayo simbólico y el modelado encubierto son estrategias terapéuticas útiles para incrementar la eficacia del tratamiento.
- *Técnicas de control de la activación.* Entrenamiento en relajación muscular y control de la respiración.
- *Prevención de recaídas.* Centrada en evitar la reacción cognitivo-afectiva del efecto de la *violación de la abstinencia*. Debido a los retrocesos que cabe esperar durante la terapia.

Grupo II: trastorno explosivo intermitente

No existe un protocolo de tratamiento que se haya mostrado eficaz. El análisis funcional de este tipo de pacientes indica que se produce un refuerzo negativo cuando tiene lugar el escape en forma de conducta de estallido ante ciertos estados internos aversivos. Por lo tanto, el tratamiento debería incluir dos tipos de estrategias:

- Prevención de la respuesta de huida ante la presentación de estímulos (generalmente internos) que provocasen dicha conducta.
- Refuerzo diferencial de otras conductas.

Grupo III: juego patológico

La gran información de que se dispone en la actualidad sobre los tratamientos psicológicos apunta a demostrar la eficacia del TCC en el tratamiento del juego patológico. Recientes estudios controlados van en la dirección de señalar como mejor estrategia de tratamiento la basada en el modelo de las adicciones. Las tendencias actuales

señalan que el tratamiento multimodal ha de contener tres elementos principales:

- Reestructuración cognitiva de las percepciones erróneas acerca del juego.
- Exposición en vivo o imaginada.
- Desensibilización con relajación.

Estos procedimientos pueden complementarse con otras técnicas cognitivo-conductuales como son:

- Prevención de recaídas.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en resolución de problemas.

Estudios recientes señalan la utilidad de la TCC en formato grupal, fundamentalmente cuando el objetivo principal es la reestructuración cognitiva de las percepciones erróneas sobre el juego.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

Uno de los pocos estudios doble ciego con grupo placebo que comparó dos estrategias terapéuticas, indicó que la TCC era significativamente más eficaz que la clomipramina o el placebo en el tratamiento de la tricotilomanía; recientemente, también en estos pacientes, un estudio aleatorizado controlado ha puesto en evidencia la superioridad de la TCC (seis sesiones individuales) sobre fluoxetina (60 mg/día). En el tratamiento del juego patológico se han ensayado tratamientos con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), eutimizantes y antagonistas opiáceos, en ninguno de los tres grupos de fármacos se ha demostrado que su asociación a la TCC aumente la eficacia del tratamiento.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- El tratamiento de los trastornos del control de los impulsos mediante TCC requiere en la mayoría de los casos un abordaje motivacional previo. En este ámbito son prometedoras las aportaciones de la terapia de aceptación y compromiso, proveniente del conductismo contextual, como alternativa a las terapias cognitivas. El programa de tratamiento general de estos trastornos ha de seguir el modelo de los tratamientos que se aplican a los hábitos nerviosos motores.
- Como ya se ha visto en capítulo 2, las técnicas de elección deben seguir una constelación en tres grupos, en los cuales se aplicarán los programas de inversión de hábito y las técnicas de control de la activación (grupo I), la prevención de respuesta y el refuerzo diferencial (grupo II) y la reestructuración cognitiva, la exposición, la desensibilización y el entrenamiento de habilidades sociales y en resolución de problemas para el grupo III. En este último caso es aconsejable abordar el tratamiento del juego patológico dentro de

un modelo de comportamiento adictivo, atendiendo en primer lugar a los aspectos cognitivos.

- El formato grupal de TCC en el tratamiento del juego patológico puede favorecer la adhesión al tratamiento y aumentar el compromiso hacia la terapia. En caso de realizar sólo esta modalidad, la estructura debe ser la misma que en el formato individual.
- En general, se ha de tener en cuenta en todo tratamiento la inclusión de un módulo de prevención de recaídas debido a los retrocesos que cabe esperar durante la terapia.

Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas

INTRODUCCIÓN

La adicción a sustancias psicoactivas puede ser conceptualizada, siguiendo el paradigma del aprendizaje instrumental, como una conducta operante, es decir, como una conducta reforzada o mantenida por sus consecuencias, al actuar dichas sustancias como un potente reforzador tanto positivo (placer) como negativo (supresión del síndrome de abstinencia). Asimismo, dentro del paradigma del condicionamiento clásico, determinados estímulos (p. ej., personas o lugares concretos, algunos momentos del día o de la semana, determinados estados emocionales), condicionados tras su asociación repetida con el consumo de la sustancia psicoactiva, desempeñan igualmente un papel importante en el mantenimiento de la conducta adictiva (y en la recaída en dicho hábito después de un período de no consumo), al desencadenar respuestas condicionadas de *craving* y cambios condicionados en la activación fisiológica. Paralelamente, determinadas variables cognitivas (las creencias básicas relacionadas con la sustancia psicoactiva y las expectativas de los resultados positivos asociados al con-

sumo, entre otras) poseen también una especial relevancia tanto en el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva como en la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas.

Un modelo simplificado de las variables cognitivo-conductuales implicadas en el proceso de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas aparece en la figura 9-1.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

La TCC puede considerarse, globalmente, como un abordaje eficaz del abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, aunque, como puede comprobarse a continuación, el grado de evidencia disponible para cada una de las diferentes técnicas concretas evaluadas es variable.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es un enfoque de comunicación directivo y centrado en el paciente, cuyo objetivo es facilitar y optimizar la motivación para el cambio mediante la exploración y resolución de la ambivalencia hacia el consumo de la sustancias psicoactivas (abandono frente a mantenimiento).

A pesar de la contrastada evidencia de la eficacia de la entrevista motivacional en el abordaje de la dependencia del alcohol, como intervención autónoma o formando parte de un programa integrado de tratamiento cogni-

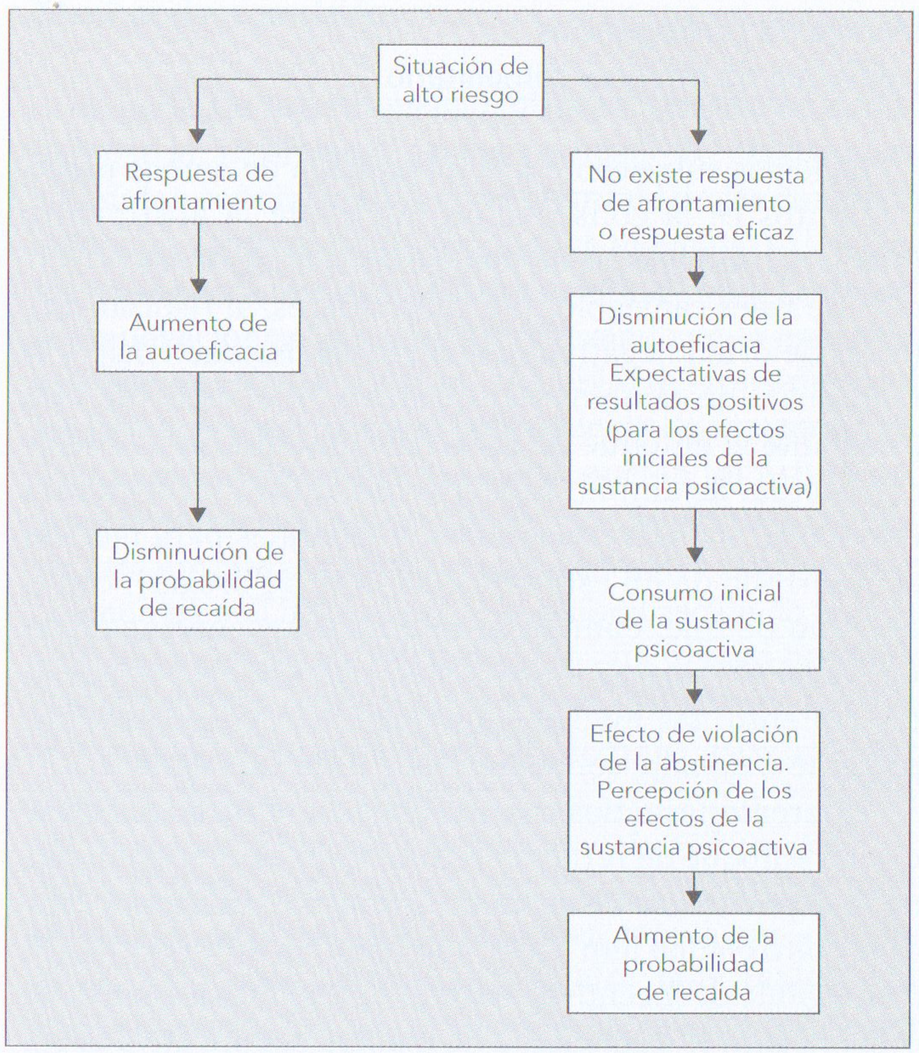


Figura 9-1 Modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída.

tivo-conductual, la evidencia de su efectividad en el ámbito del abordaje de la dependencia de sustancias psicoactivas ilegales es menos sustantiva y puede considerarse prometedora pero no concluyente.

Manejo de contingencias y enfoque de refuerzo comunitario

La lógica subyacente a la integración de ambos procedimientos es la consecución inicial de la abstinencia (mediante las técnicas de manejo de contingencias [obtención de vales canjeables por reforzadores, al realizar controles de orina negativos a sustancias psicoactivas]) y la realización de cambios significativos en el estilo de vida (mediante el enfoque de refuerzo comunitario (abordaje conductual de amplio espectro que utiliza reforzadores familiares, sociales, recreativos y laborales para facilitar el desarrollo de un estilo de vida libre de drogas), con el objetivo de que, cuando se eliminen las contingencias «artificiales», se puedan mantener, más allá del período de tratamiento, las nuevas conductas en el ambiente del paciente mediante contingencias y refuerzos naturales.

Diferentes estudios controlados han mostrado la eficacia del enfoque de refuerzo comunitario en el tratamiento de la dependencia de alcohol. Asimismo, diferentes estudios controlados han mostrado cómo la administración contingente de incentivos cuando se realizaban análisis de orina negativos aumentaba de manera significativa la eficacia del tratamiento en sujetos dependientes de cocaína. La eficacia de este abordaje combinado se mantiene al año de haber iniciado el tratamiento (es decir, 9 meses después de finalizar el manejo de contingencias) y es generalizable al ámbito de los programas de mantenimiento con metadona y a pacientes con el doble diagnóstico de esquizofrenia y dependencia de la cocaína.

Técnicas de exposición

A pesar de que un metaanálisis reciente no ha podido demostrar la eficacia de las técnicas de exposición a estímulos condicionados en el abordaje de las conductas adictivas, tanto el hecho de que los tamaños de los efectos no fueran consistentes entre estudios como las recientes innovaciones que se están realizando en la aplicación práctica de estas técnicas en el ámbito del tratamiento de los trastornos por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, no permiten descartar que en un futuro próximo la exposición no sea una técnica de elección también en este ámbito. Las limitaciones actuales radican esencialmente en el hecho de que la generalización de la extinción de un ambiente controlado (p. ej., unidad hospitalaria) al «mundo real» es incompleta. Una de las posibles alternativas, implementada en algunos estudios, para mejorar dicha generalización, es la utilización de estímulos (p. ej., cocaína real y no únicamente relatos, diapositivas o vídeos en los que aparezca dicha sustancias psicoactivas) y contextos (p. ej., repetidas exposiciones en vivo en el ambiente natural del sujeto) más reales. Una segunda alternativa, las técnicas de exposición activa, conlleva la práctica paralela de otras técnicas para contrarrestar o reducir la activación y el *craving* condicionados, como la relajación, la aversión encubierta, el desarrollo de conductas alternativas o incompatibles, u otras técnicas cognitivas. No obstante, no se dispone en la actualidad de estudios controlados que evalúen la eficacia de dichas alternativas, aunque existen datos preliminares que pare-

cen sugerir la utilidad de las técnicas de exposición activa e incluso su superioridad frente a las de exposición pasiva.

Prevención de recaídas

La prevención de recaídas es un término genérico utilizado para delimitar un amplio rango de técnicas cognitivas y conductuales (tabla 9-1) cuyo objetivo es facilitar que cualquier persona implicada en el proceso de cambio de una determinada conducta adictiva pueda conceptualizar, prever, evitar y afrontar el proceso de recaída en su hábito adictivo.

TABLA 9-1 **Técnicas de prevención de recaídas**

- Información sobre el proceso de recaída
- Identificación de situaciones de riesgo para el consumo
- Identificación de señales de alarma personales y reconocimiento de decisiones aparentemente irrelevantes
- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales para:
  - El reconocimiento y afrontamiento del *craving*
  - El control de pensamientos sobre el consumo de sustancias psicoactivas
  - La resolución de problemas
  - El desarrollo de habilidades de rechazo del consumo de sustancias psicoactivas
  - El afrontamiento de estados emocionales negativos
- Planificación ante posibles situaciones de emergencia y posibles consumos
- Reestructuración cognitiva del efecto de violación de la abstinencia
- Desarrollo de un estilo de vida equilibrado

Una síntesis mediante metaanálisis de la evidencia científica sobre la eficacia de la prevención de recaídas ha demostrado la utilidad de dicho abordaje en el tratamiento del abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

El tratamiento individual parece ser el formato más óptimo para abordar las necesidades individuales de cada cliente. No obstante, la terapia de grupo de prevención de recaídas puede propiciar un mayor apoyo social, proporcionar oportunidades para la práctica de nuevas habilidades y crear un sentimiento de esfuerzo colectivo que puede servir de estímulo para el cambio.

Aunque generalmente la prevención de recaídas es considerada como una intervención centrada en la facilitación del mantenimiento a medio y largo plazo de la abstinencia, la adaptación realizada por el grupo de Carroll para el tratamiento cognitivo-conductual de la dependencia de cocaína, cuya eficacia se ha contrastad en varios estudios controlados, sigue con fidelidad el trabajo original de Marlatt y enfatiza igualmente la fase inicial de consecución de la abstinencia y su mantenimiento a corto plazo.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

En el ámbito de las conductas adictivas, la mayoría de tratamientos farmacológicos consiguen sus efectos rápidamente, mientras que la TCC por lo general tarda más en

mostrar sus efectos pero parece presentar una mayor duración de éstos una vez finalizada. Asimismo, ambos tipos de intervenciones difieren en términos de su respectiva aplicabilidad al tratamiento de drogodependencias diferentes. Mientras que la mayoría de tratamientos farmacológicos, exceptuando la naltrexona, que ha demostrado su eficacia en el tratamiento tanto de la dependencia de opioides como de alcohol, son aplicables al abordaje de un único y concreto trastorno por abuso o dependencia, la TCC puede aplicarse, con adaptaciones mínimas, a cualquier trastorno por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Finalmente, estos dos tipos de intervenciones difieren también en su cometido. Los objetivos de las diferentes estrategias farmacológicas suelen ser habitualmente la desintoxicación, la estabilización y el mantenimiento, la disminución de las propiedades reforzantes de las sustancias psicoactivas y el tratamiento de la comorbilidad psicopatológica. En cambio, los objetivos de la TCC son, entre otros, favorecer la motivación y el compromiso para dejar de consumir, modificar las contingencias de reforzamiento, propiciar el aprendizaje de habilidades de afrontamiento y, en algunos casos, favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico. Dadas estas características diferenciales, no es extraño que los tratamientos combinados (terapia farmacológica + TCC) se muestren globalmente más eficaces que las intervenciones farmacológicas o las técnicas cognitivo-conductuales por sí solas, al permitir intervenir sobre un mayor rango de variables y paliar, en parte, las respectivas limitaciones de cada abordaje.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Algunas de estas técnicas, a pesar de su contrastada eficacia, raramente se utilizan en la práctica clínica por motivos de muy diversa índole (ideológicos, económicos y de formación, entre otros). El caso más paradigmático es el de las técnicas de manejo de contingencias. La implementación de programas de manejo de contingencias, incluso los de bajo coste, se ve seriamente limitada fuera del ámbito de la investigación, debido al hecho de que la verificación de la abstinencia requiere una frecuencia de controles de sustancias psicoactivas en orina superior a la habitual en la mayoría de dispositivos asistenciales, así como una rapidez en la retroacción de estos resultados raramente disponible, factores ambos imprescindibles para poder aplicar contingentemente los reforzadores que potencian esta abstinencia.
- Asimismo, en la práctica clínica, es tanto o más importante la filosofía, estilo o espíritu de la entrevista motivacional que sus técnicas concretas, siendo indispensable un estilo terapéutico empático e igualitario entre paciente y terapeuta. Consiguientemente, la orientación teórica del clínico y el cómo conceptualice éste tanto el abuso de sustancias psicoactivas como su proceso de cambio, tendrán un papel facilitador o, por el contrario, serán un impedimento para la práctica de la entrevista motivacional. Clínicos formados en el modelo médico clásico de enfermedad, que se sientan cómodos trabajando bajo el prisma de dicho modelo

y/o estén habituados al uso de la confrontación como técnica terapéutica, pueden encontrar serias dificultades en cambiar a un estilo terapéutico que desestima específicamente la expresión de desacuerdo directo y considera que los pacientes son libres de escoger no modificar su conducta adictiva.

- Más allá de estas consideraciones, el abordaje cognitivo-conductual y/o farmacológico del abuso y de la dependencia de sustancias psicoactivas debe considerar la existencia de una serie de estadios en el proceso de cambio de las conductas adictivas. Las personas que abusan o dependen de sustancias psicoactivas no son un grupo homogéneo en relación a su actitud, disposición o preparación para abandonar su conducta adictiva; en consecuencia, el estadio de cambio en que se halla una persona adicta es una variable indispensable y tan relevante como la existencia o no de otro trastorno psiquiátrico (patología dual) y/o de un déficit neuropsicológico asociado al consumo de la sustancia, para la planificación del proceso terapéutico y la elección de la intervención o recurso más adecuado para cada cliente en un intento de maximizar la eficacia y efectividad de la TCC en el ámbito del tratamiento de las conductas adictivas.

Síndromes somáticos funcionales

INTRODUCCIÓN

Se ha observado que hasta el 80 % de las personas sanas puede experimentar alguna molestia sin explicación médica durante una semana a lo largo de su vida. Este tipo de síntomas puede aparecer hasta entre el 30 y el 40 % de los pacientes hospitalizados, que suelen ser tratados de forma puntual con placebos farmacológicos con resultados aceptables. La prevalencia de este tipo de síntomas en atención primaria es del 21 % y es más frecuente en mujeres, a razón de 10-5/1. Tal es su frecuencia que podría decirse que cada especialidad médica posee su propio síndrome funcional. No obstante, las similitudes fenomenológicas y de respuesta terapéutica sugieren que la diferenciación entre síndromes podría obedecer más a cuestiones de especialización médica y atención selectiva de síntomas que a la existencia de varios trastornos claramente diferenciables. De hecho, los datos epidemiológicos indican la probable agrupación de estos síndromes en factores de segundo orden que van más allá del tipo de síntomas referido.

En la actualidad, la somatización se define como el conjunto de síntomas que carecen de base orgánica demostra-

ble. Aunque esta definición tiene la ventaja de superar las especulaciones sobre la somatización como traducción del malestar psicológico al lenguaje de los síntomas físicos o como subtipo de trastorno afectivo, no resuelve las carencias etiológicas que son una de sus características distintivas. La experiencia clínica sugiere que este tipo de síntomas suele aparecer tras exigencias vitales que sobrepasan las capacidades personales de afrontamiento, van acompañados de alteraciones del estado emocional y se presentan en personas con determinadas características temperamentales en entornos con tendencia al refuerzo selectivo de conductas desadaptativas.

Los síntomas funcionales se sitúan en un continuo que va desde la molestia ocasional al trastorno que limita gravemente la capacidad funcional de la persona, pasando por el síndrome de aparición intermitente. Cuando el síndrome está bien establecido suele ser incapacitante y no responde al tratamiento médico, lo que conlleva derivaciones a menudo poco argumentadas a los servicios de psiquiatría y psicología, que acentúan la sensación de incomprensión y dificultan el tratamiento psicoterapéutico.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

La terapia conductual ha demostrado ser un tratamiento eficaz para la migraña y la cefalea tensional. La terapia cognitivo-conductual (TCC) multicomponente es eficaz para el tratamiento del dolor, debido a osteoartritis

y artritis reumatoide. Existen pruebas de que la TCC multicomponente es un tratamiento probablemente eficaz para el tratamiento del dolor lumbar crónico, la fibromialgia, el síndrome de colon irritable y el síndrome de fatiga crónica. Por otra parte, el tratamiento mediante retroacción biológica *(biofeedback)* electromiográfica y la termal con relajación mediante entrenamiento autógeno son tratamientos probablemente eficaces para el dolor crónico y la migraña, respectivamente. No obstante, cabe tener en cuenta que los estudios que incluyen un seguimiento indican que el curso de estos trastornos suele ser crónico, con períodos de mejoría y de reaparición de los síntomas. Dos estudios indican que el tratamiento en grupo basado en técnicas de manejo del estrés es más eficaz para el abordaje del trastorno de somatización que el tratamiento médico habitual.

El tratamiento cognitivo-conductual de los síndromes somáticos funcionales suele incluir varios componentes administrados habitualmente en grupo y de forma estructurada. Aunque el énfasis puesto en cada una de las técnicas terapéuticas varía entre síndromes, el procedimiento básico seguiría un esquema basado en la educación, el aprendizaje de las estrategias terapéuticas, su aplicación y una última fase de generalización y mantenimiento.

Educación

Dado el peregrinaje que suelen hacer estos pacientes hasta llegar a la consulta psicológica o psiquiátrica, a menudo la primera tarea del terapeuta es contener su

enfado. Por lo tanto, la información suministrada en las primeras visitas es fundamental para establecer una buena relación terapéutica. Es muy importante corregir la idea de que sus síntomas son «cosa de nervios», «sólo están en su cabeza» o «se lo hacen ellos mismos». Finalmente, debe explicarse que la terapia psicológica pretende, además del tratamiento de las alteraciones emocionales que suelen acompañar a estos síndromes, la dotación de herramientas que permitan el control de los síntomas y el incremento de la capacidad funcional. En la medida de lo posible, es importante sustentar las explicaciones etiológicas y terapéuticas con información psicofisiológica.

En todos los casos resulta fundamental que el paciente aprenda a realizar un análisis funcional que le permita sustituir de manera progresiva las estrategias de afrontamiento desadaptativas por nuevas habilidades terapéuticas.

Actividad

Aunque el manejo de la actividad podría incluirse en el siguiente apartado, numerosos estudios evalúan su eficacia de forma independiente, por lo que se incluye en una sección propia.

El incremento gradual de la actividad es parte fundamental del tratamiento del dolor crónico y del síndrome de fatiga crónica. Durante el proceso es importante consensuar con el paciente la adecuación del nivel de actividad a la intensidad de la sintomatología somática y

evitar que se utilicen los períodos de remisión para «recuperar el tiempo perdido». Existen algunos estudios que destacan la importancia de la evitación de ciertas actividades por miedo al empeoramiento de la sintomatología somática y la utilización de conductas de seguridad al estilo de los trastornos de ansiedad. Aunque se han propuesto las técnicas de exposición con prevención de respuesta para el tratamiento de algunos de estos trastornos, se carece de pruebas suficientes sobre su eficacia.

Condicionamiento operante

La aplicación de las técnicas de condicionamiento operante se basa en la diferenciación entre la sintomatología somática y las conductas que conlleva, algunas de las cuales son aprendidas por refuerzo positivo y negativo. El objetivo de este tipo de tratamiento es extinguir las conductas de enfermo y el consumo excesivo de medicación analgésica en el caso del dolor crónico, y promover conductas alternativas, básicamente mediante el refuerzo verbal positivo (tabla 10-1).

Una parte fundamental del tratamiento es el entrenamiento del propio paciente y de la familia (en especial del cónyuge) en los principios del condicionamiento operante. Es probable que las dificultades en esta parte del tratamiento hayan comportado problemas de generalización y obtención de mejores resultados en régimen de hospital de día con administración de pautas a cargo de personal sanitario especializado.

TABLA 10-1 **Esquema básico de la aplicación del condicionamiento operante al dolor crónico**

- Análisis funcional de las conductas de dolor y alternativas
- Establecimiento estructurado de objetivos realistas
- Utilice la extinción para reducir las conductas de dolor y el refuerzo positivo y negativo para incrementar las conductas alternativas
- Para reducir el consumo de analgésicos, utilice la provisión del fármaco basada en criterios temporales y reduzca la dosis diaria de manera progresiva
- A fin de incrementar el nivel de actividad, el ejercicio físico y adelantar la hora de levantarse de la cama, aumente progresivamente los niveles basales en cantidades preestablecidas y fijas (determinadas en colaboración con el paciente). No olvide reforzar de forma positiva las ganancias obtenidas
- Utilice técnicas de modelamiento de las conductas alternativas siempre que sea posible
- Una vez que se alcance un incremento consistente de la actividad, reduzca progresivamente el refuerzo positivo y negativo hasta alrededor del 50 % de las ocurrencias de la conducta
- Aplique el condicionamiento operante a cada conducta de dolor y comportamiento alternativo, en el máximo de situaciones distintas posible, con el fin de promover la generalización
- Elimine o reduzca el máximo número posible de estímulos externos que mantengan las conductas de dolor fuera del entorno terapéutico
- Promueva la colaboración del paciente y su familia en el proceso de modificación del comportamiento
- Mantenga las pautas al menos durante 3-6 meses una vez finalizado el tratamiento
- Utilice el condicionamiento operante en combinación con otras estrategias terapéuticas (fármacos, terapia física, otras técnicas cognitivo-conductuales) en colaboración con otros profesionales sanitarios

Adaptada de Gatchel y Turk, 1996.

Entrenamiento en relajación y retroacción biológica

El objetivo del entrenamiento en relajación es la reducción de la activación emocional y la tensión muscular excesivas. No obstante, cada vez hay más pruebas que indican que es probable que la eficacia de este tipo de técnica dependa más del efecto emocional que del meramente muscular. Existen varios tipos de relajación, según se haga hincapié en la sensación de tranquilidad (tanto mediante la producción de imágenes como de sensaciones) o en el grado de tensión muscular. No se dispone de pruebas suficientes de la superioridad de ninguna versión sobre las demás.

El entrenamiento mediante retroacción biológica pretende el control voluntario de variables psicofisiológicas, como la actividad electromiográfica o la temperatura periférica, mediante la monitorización de una señal continua que informa al paciente de las variaciones que ejerce sobre esa variable en todo momento. Aunque a menudo se ha definido como técnica que complementa y refuerza al entrenamiento en relajación, estudios mediante neuroimagen indican que es posible que posea efectos distintivos.

Técnicas cognitivas

Las principales técnicas cognitivas para el tratamiento de los síntomas somáticos de etiología desconocida incluyen las estrategias de distracción, de transformación de la sintomatología o el contexto mediante la imaginación

TABLA 10-2 **Ejemplos de técnicas de distracción**

- Centrar la atención en las características físicas del entorno (cuadros, plantas, decoración o mobiliario urbano)
- Actividad cognoscitiva sostenida (cálculos aritméticos, planificación de actividades, repetir las letras de canciones conocidas)
- Atención somática (centrar la atención en las partes del cuerpo en las que se experimentan los síntomas y comparar las sensaciones con las zonas asintomáticas; describir las sensaciones somáticas como si fuera a redactarse un informe médico)
- Inatención mediante imaginación (ignorar las sensaciones somáticas imaginando una situación incompatible como, por ejemplo, situaciones relajantes, situaciones de intensa interacción social, relaciones sexuales)
- Transformación de la sensación somática (visualizar la zona sintomática entumecida por anestésicos tópicos, sensaciones de enfriamiento/calentamiento)
- Transformación del contexto (imaginar una situación en la que la sensación somática se percibe de forma menos abrumadora como, por ejemplo, un deportista que a pesar de sufrir un golpe sigue disputando un partido, hacerse cargo de la pareja o un hijo gravemente heridos a pesar del propio malestar)

(tabla 10-2) y de reestructuración cognitiva. Existe al menos un estudio que indica que es probable que el tipo de imágenes eficaz para el control de los síntomas dolorosos esté más relacionado con las sensaciones de relajación que con la transformación de la sensación dolorosa en inocua.

Dado que el curso de este tipo de síndrome suele ser crónico, es frecuente observar varios tipos de errores en el

procesamiento de la información personal y contextual (p. ej., ideas de inutilidad, desesperanza e indefensión). Se ha observado que la catastrofización es un factor especialmente determinante de peor pronóstico terapéutico. Por otra parte, varios estudios sugieren que el abordaje terapéutico centrado en las características cognitivas de los problemas de ansiedad que acompañan al síndrome de colon irritable puede incidir de manera favorable en los procesos responsables de las manifestaciones fisiológicas del trastorno.

En determinados casos es recomendable añadir al protocolo terapéutico estrategias como el entrenamiento en asertividad, el aprendizaje de habilidades sociales y las estrategias de solución de problemas.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

El tratamiento de los síndromes somáticos funcionales suele realizarse en colaboración con otros profesionales sanitarios de forma interdisciplinaria. Además del tratamiento farmacológico sintomático, destaca la utilización prioritaria de antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (últimamente en combinación) y ocasional de benzodiacepinas. Aunque se ha observado que los tratamientos combinados son en general más eficaces que la monoterapia, se carece de estudios suficientes que definan la especificidad terapéutica de cada uno de sus componentes.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Dada la multiplicidad de factores que influyen en la evolución de este tipo de trastornos, es esencial encontrar un equilibrio razonable entre la adhesión a un programa terapéutico estandarizado (con el fin de no perseguir variaciones en la sintomatología debidas en ocasiones a variables desconocidas y en otras a agentes no modificables) y la individualización exhaustiva del caso.
- Aunque es una práctica extendida en el entorno laboral de este tipo de pacientes (y en ocasiones también entre los profesionales sanitarios que los atienden), suele ser poco práctico obcecarse en perseguir casos de simulación o rentismo. De hecho, los pocos datos de los que se dispone indican que los casos de simulación son muy escasos. La escasa solvencia de conceptos como la «neurosis de renta», aplicados en ocasiones a estos pacientes, invita a esperar definiciones y datos más concretos.
- Existe un considerable porcentaje de pacientes que opta por tratamientos alternativos, en ocasiones con buena respuesta. Es importante recordar que este tipo de decisiones son potestad exclusiva del paciente, recordarle las pruebas de eficacia de que dispone cada tipo de abordaje e informarle de que cualquier estrategia que le ayude debe ser bienvenida.
- Finalmente, es fundamental huir tanto de promesas de recuperación completa que en la actualidad carecen de solvencia como evitar pronósticos desesperanzadores o que pudieran favorecer la catastrofización o la indefensión. No se ha demostrado todavía que esperar el peor de los pronósticos sea beneficioso para quien lo recibe. Cabe recordar que la recuperación de una enfermedad suele ser un continuo que abarca desde la recuperación completa hasta la ausencia de respuesta a cualquier tratamiento.

Trastornos de conversión y trastornos disociativos

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conversión y disociativos son poco prevalentes en la población general, aunque aumentan tras acontecimientos traumáticos (abuso sexual, catástrofes naturales, guerras, etc.). La edad de inicio se sitúa entre la infancia y la tercera década, y son mucho más frecuentes en mujeres que en varones (5:1).

La clasificación de los trastornos de conversión y los trastornos disociativos siempre ha sido controvertida. En la actualidad, los dos principales sistemas diagnósticos proponen clasificaciones distintas. En la cuarta revisión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) los trastornos de conversión se ubican en el capítulo de los trastornos somatomorfos y los trastornos disociativos forman un capítulo aparte. En cambio, la décima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) considera la reacción de conversión como un fenómeno disociativo y los clasifica en una única categoría, «trastornos disociativos (de conversión)». Además, algunos autores han sugerido que los trastornos de conversión deberían formar parte de los trastornos diso-

ciativos, debido a que la somatización, la disociación y la conversión son distintos estados de un mismo mecanismo subyacente, y las reacciones conversivas se producirían mediante mecanismos disociativos.

Los trastornos de conversión pueden clasificarse según se presenten con síntomas o déficit motores, crisis o convulsiones, síntomas o déficit sensoriales, o sean de presentación mixta.

Dentro de los trastornos disociativos se encuentra la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo, el trastorno de despersonalización y el trastorno disociativo no especificado. No obstante, también pueden encontrarse síntomas disociativos en el trastorno de estrés postraumático, el trastorno por estrés agudo y el trastorno de somatización.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

Tratamiento de los trastornos de conversión

Hasta el momento, no existen estudios controlados sobre la eficacia de los tratamientos de los trastornos de conversión, únicamente se dispone de estudios basados en series de casos y descripciones de casos únicos. La mayoría de estos estudios sugieren que el abordaje que debe realizarse consiste en proporcionar apoyo emocional en cuanto a los estresores precipitantes, explicar que no todos los síntomas físicos tienen una causa física determinada, proporcionar expectativas de resolución rápida del síntoma y reforzar cualquier mejoría.

Tratamiento de los trastornos disociativos

Tampoco existen estudios controlados sobre la eficacia del tratamiento de los trastornos disociativos; la única información disponible proviene de descripciones y series de casos.

La mayoría de los autores conciben la disociación como una estrategia compleja de afrontamiento del trauma infantil y coinciden en que la terapia debe tener como objetivo integrar los sentimientos y la memoria del conflicto, adquiriendo unas estrategias de afrontamiento flexibles y adaptativas que ayuden a establecer el control de los síntomas.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

No existen datos apoyados en evidencias que comparen la terapia cognitivo-conductual (TCC) con los tratamientos farmacológicos en los síntomas de conversión. La mayoría de los tratamientos están dirigidos a la remisión de los trastornos coexistentes, y el de elección será el que obtenga mayor eficacia para estos trastornos.

Tampoco se han llevado a cabo estudios en los trastornos y síntomas disociativos. Pero suele realizarse un tratamiento coadyuvante sintomático de los trastornos coe-

xistentes con la finalidad de facilitar la psicoterapia intensiva específica.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Tratamiento de los trastornos de conversión

Los trastornos de conversión están configurados por una enorme heterogeneidad de características, desde los factores precipitantes pasando por los factores de mantenimiento, la sintomatología característica y la coexistencia de trastornos psiquiátricos. Por este motivo es necesario adaptar el tratamiento a cada paciente de forma individualizada, teniendo en cuenta estas características, y aplicando los tratamientos complementarios específicos.

Los trastornos de inicio agudo responden bien a tratamientos basados en el apoyo, la educación y la sugestión.

Los elementos más importantes del tratamiento serían:

- *Descartar la presencia de trastornos neurológicos y/o médicos.* Realizar las interconsultas necesarias a los especialistas para que realicen las pruebas diagnósticas pertinentes para descartar la presencia de enfermedades médicas o neurológicas.
- *Educación sobre el trastorno.* El primer paso es informar al paciente de que sus síntomas no son el resultado de una enfermedad médica o neurológica. La información debe darse dejando claro que no se está provocando él mismo los síntomas y que no todos los síntomas físicos tienen una causa orgánica asociada. Proponer un tratamiento rehabilitador para los síntomas físicos y psicológicos generando expectativas de remisión rápida de los síntomas.
- *Análisis funcional.* Para que el paciente comprenda el componente psicológico del trastorno puede ser útil establecer una relación entre los acontecimientos estresantes, los traumas anteriores y el inicio del trastorno. Pueden utilizarse autorregistros de las situaciones estresantes y de la variación de la intensidad de los síntomas, para constatar la relación entre estresores y síntomas de conversión, y destacar la necesidad de utilizar estrategias de afrontamiento más adaptativas. Aunque no es recomendable intentar establecer relaciones directas entre los estresores y el síntoma.
- *Entrenamiento en asertividad.* Está dirigido a que los pacientes mejoren la expresión de sus emociones y desacuerdos verbalmente con la finalidad de que aprendan otros modos de expresar el malestar emocional.
- *Control de los estímulos que mantienen el síntoma.* Según la teoría del aprendizaje los síntomas de conversión se mantienen por los beneficios que el paciente recibe gracias a sus conductas de enfermedad. Mediante la extinción y el castigo negativo de las conductas de enfermedad que puede ser llevado a cabo por parte de los familiares y allegados se pretende que estas conductas pierdan su capacidad reforzadora. Para mejorar la eficacia puede añadirse el refuerzo positivo de cualquier variación o mejoría del síntoma.

- *Tratamiento de los trastornos comórbidos.* Debido a la alta comorbilidad de los trastornos de conversión con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, el paciente puede beneficiarse de los tratamientos eficaces para estos trastornos.
  La mayoría de los pacientes con un trastorno de conversión crónico puede beneficiarse de las siguientes técnicas, aunque no existen estudios que aporten datos sobre su eficacia añadida:
  - *Relajación.* Para el tratamiento de los síntomas de ansiedad que pueden coexistir con los trastornos de conversión.
  - *Retroacción biológica.* Se utiliza como entrenamiento en el control de la activación. También se puede utilizar la retroacción biológica electromiográfica para los síntomas motores.
  - *Hipnosis.* En la fase de análisis se utiliza para entender la función del síntoma, como la obtención de beneficios secundarios. En la fase de tratamiento puede utilizarse para cambiar el síntoma en sí mismo, variando su expresión y transformándolo en un síntoma más adaptativo. En una última fase puede utilizarse para aumentar la motivación del paciente, para mejorar el sentido de autoeficacia y para reforzar las nuevas habilidades. El único estudio controlado aleatorizado sugiere que el uso de la hipnosis no añade eficacia a los programas de tratamiento del trastorno de conversión.

En la fase de exploración del síntoma también puede utilizarse el narcoanálisis. Por lo general se utiliza el amobarbital sódico, aunque en la actualidad se están utilizando las benzodiacepinas por su mayor seguridad.

Tratamiento de los trastornos disociativos

La TCC se basa en el modelo BASK de Braun, que considera que hay una serie de interconexiones entre la conducta, el afecto, las sensaciones y el conocimiento de los sucesos que en la disociación estarían alteradas. Así, el objetivo de la TCC sería volver a conectar estas cuatro dimensiones consiguiendo la integración del individuo.

En los casos más leves puede conseguirse la recuperación sintomática proporcionando un ambiente seguro al paciente, apartándolo del contexto en que se ha producido el trauma. Pero en los casos más graves, como en el trastorno disociativo de identidad (TDI), algunos autores sugieren un tratamiento intensivo y otros describen buenos resultados en estudios de caso único aplicando la terapia centrada en esquemas de Young que aporta a la TCC la importancia de las experiencias significativas de la infancia temprana en la formación de los esquemas y permite que los pacientes hablen de los afectos a partir de un proceso mediado por la cognición. Por otra parte, Fine propone el modelo de integración táctica que se basa en el fortalecimiento del paciente promoviendo la integración de las distintas personalidades.

El tratamiento individual es el más utilizado, aunque algunos autores utilizan la terapia de grupo combinada

con tratamiento individual. El objetivo de las sesiones de grupo es el apoyo mutuo y en ellas se trabajan aspectos relacionados con la resolución de problemas cotidianos. La mayoría de los autores coinciden en el efecto contraproducente de trabajar el material traumático en sesiones de grupo.

Los diferentes estudios sugieren que las técnicas más útiles son: recuperación de la memoria, reestructuración cognitiva y desensibilización por medio del movimiento ocular.

Recuperación de la memoria

Las técnicas utilizadas para facilitar la recuperación de la memoria son la hipnosis y el narcoanálisis. Por lo general, el material debe recuperarse de forma gradual para que el paciente pueda tolerarlo y, posteriormente, estructurar los acontecimientos y definir los factores que han propiciado el desarrollo de los síntomas disociativos.

Reestructuración cognitiva

Se utiliza para promover la integración del material disociado. Se enseña a detectar los pensamientos contradictorios que provocan la disociación y se reestructuran buscando los puntos comunes para facilitar la posterior integración. Las distorsiones cognitivas más frecuentes son la catastrofización y la generalización. Algunos de los pensamientos automáticos más frecuentes y que deben trabajarse son: «la víctima es la responsable del abuso» y

«es malo mostrar rabia». También puede ser útil el uso de la reducción al absurdo y las parodias.

Desensibilización por medio del movimiento ocular

Algunos autores la han utilizado para el tratamiento de los recuerdos traumáticos. Recientemente se han publicado algunos estudios con resultados positivos en el trastorno por estrés postraumático, aunque se trata de trabajos no controlados.

Trastornos de la personalidad

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad siguen siendo, más de dos décadas después de su inclusión en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), un concepto controvertido dentro de la psicopatología. Su definición y su emplazamiento en un eje diagnóstico aparte del resto de los síndromes psiquiátricos, mantienen a estos trastornos en el candelero del debate nosológico.

Buena parte de los autores abogan por un enfoque dimensional de los trastornos de la personalidad, si bien los manuales al uso (DSM y *Clasificación Internacional de Enfermedades* [CIE]) siguen presentando una perspectiva categorial que poco tiene que ver con los conocimientos obtenidos en el laboratorio y con la realidad clínica. Parece poco razonable considerar la presencia de un trastorno de la personalidad por el cumplimiento de un número predeterminado de criterios diagnósticos dentro de un conjunto superior (la mayoría de las veces altamente heterogéneo), que conlleva múltiples combinaciones posibles (hay quien ha calculado 151 combinaciones distintas para ser diagnosticado de trastorno de la perso-

nalidad límite en la cuarta edición revisada del DSM [DSM-IV-TR]).

Teniendo en cuenta la inespecificidad de lo que significa padecer un trastorno de la personalidad según el DSM, no es de extrañar que los estudios epidemiológicos ofrezcan resultados en muchos casos dispares. Según los trabajos publicados, puede considerarse una prevalencia a lo largo de la vida en la población general de entre el 7 y el 33 % (promedio cercano al 13 %), siendo los trastornos del *cluster* C, en conjunto, los más prevalentes. En la población psiquiátrica las cifras se multiplican, y puede considerarse un promedio de las diversas prevalencias a lo largo de la vida publicadas del 38 %. La comorbilidad entre los distintos trastornos de la personalidad suele ser alta, habitualmente la mitad de los pacientes reciben más de un diagnóstico. Respecto a la relación con los trastornos clasificados en el Eje I, tres cuartas partes de los pacientes con uno o más trastornos sufren algún síndrome del Eje I. Las relaciones más claras se han establecido entre los trastornos de la personalidad del *cluster* B y los trastornos por consumo de sustancias (p. ej., abuso o dependencia; el 86 % de los trastornos de la personalidad antisocial recibirían también el diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias); y entre los del *cluster* C y los somatomorfos (según diversos estudios, entre el 59 y el 83 % de los que recibirían un diagnóstico o más de trastorno de la personalidad del *cluster* C también lo recibirían de alguno de los somatomorfos).

Uno de los mayores mitos existentes respecto a estos trastornos es que no responden al tratamiento psicológico,

cuando los escasos trabajos de que se dispone parecen indicar lo contrario. Los trastornos de personalidad parece que muestran una buena respuesta a una amplia gama de tratamientos (terapia cognitivo-conductual [TCC], psicoterapia dinámica, terapia de apoyo y terapia interpersonal). Por desgracia, se carece de trabajos que contrasten la eficacia de cada una de estas modalidades de tratamiento, lo que impide evidenciar la posible superioridad de unas sobre las otras.

Desde el modelo conductual, poco es el interés que se ha dedicado a la elaboración de programas de tratamiento de los trastornos de la personalidad. Muy probablemente ello esté explicado por tratarse de un tipo de trastornos que en su definición afecta a la «caja negra» de la tradición conductual. La posterior incorporación de las teorías cognitivas ha ampliado el rango de intervenciones posibles, ofreciendo más herramientas de trabajo con este tipo de pacientes, pero todavía con muy poco apoyo empírico.

Diversos autores cognitivistas han diseñado modelos explicativos para los trastornos de la personalidad. En la figura 12-1 se reproduce uno de ellos como ejemplo. Según el modelo propuesto inicialmente por Beck, el tratamiento de los trastornos de la personalidad iría dirigido a la reformulación y modificación de los esquemas cognitivos. Cada trastorno se caracterizaría por un tipo de creencias básicas y de reglas de conducta, aunque los esquemas nucleares no tendrían porque diferir entre los distintos trastornos. Así, un mismo esquema nuclear podría dar lugar a diferentes creencias básicas y reglas de con-

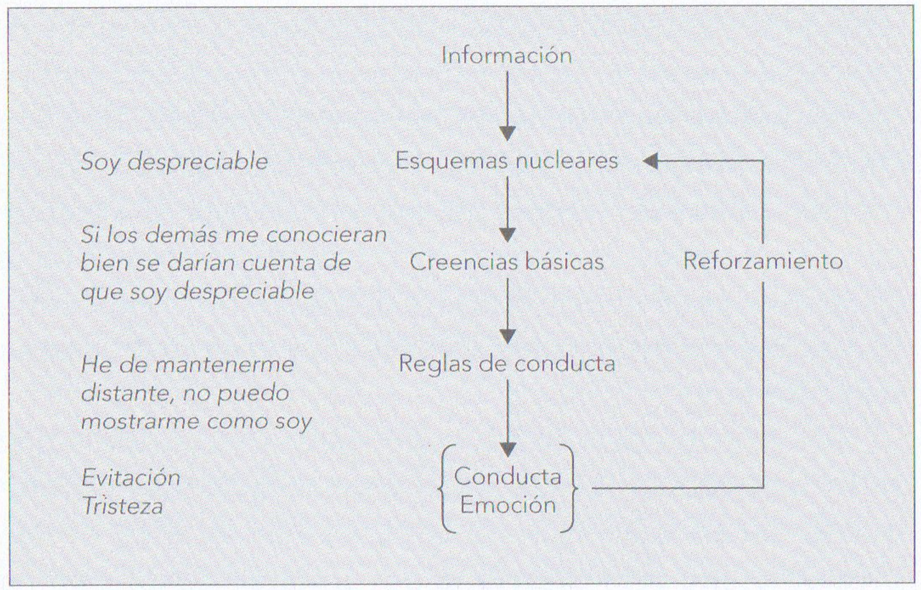


Figura 12-1 Modelo cognitivo para los trastornos de la personalidad. Ejemplo de trastorno de la personalidad por evitación.

ducta, en definitiva, a diferentes trastornos de la personalidad. Poniendo a prueba estas reglas individuales y las creencias básicas, pueden llegar a producirse modificaciones de los esquemas nucleares.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. TÉCNICAS DE ELECCIÓN

El trastorno de la personalidad por evitación es el único que ha recibido suficiente atención por parte de los terapeutas conductuales como para haber generado diversos trabajos empíricos sobre su tratamiento, algunos de

los cuales de asignación aleatoria y con grupo control de lista de espera. Los programas de tratamiento estudiados han sido los mismos que se han propuesto en algún momento para la fobia social (programas basados en la exposición graduada, o en esta técnica más entrenamiento en habilidades sociales). Los resultados obtenidos muestran una buena eficacia terapéutica, sugiriendo algunos de los trabajos que la respuesta es muy parecida a la de los pacientes con fobia social generalizada. Se carece de trabajos de seguimiento que permitan extraer conclusiones sobre la evolución de estos pacientes a largo plazo.

La terapia dialéctica-conductual (TDC) para el trastorno límite de la personalidad también ha recibido apoyo empírico mediante estudios controlados; es cierto que el número de trabajos de los que se dispone actualmente todavía es escaso, pero el hecho de haber sido contrastada mediante trabajos controlados aleatorizados permite ser optimista en cuanto a su eficacia, y la convierte en la TCC de elección en este tipo de trastornos.

La TDC deriva de la terapia conductual, el Zen y la filosofía dialéctica. Está estructurada en cinco estadios de tratamiento: pretratamiento, control, orden, síntesis y trascendencia. En cada estadio se trabajan determinados aspectos mediante técnicas que derivan de las tres fuentes de influencia citadas anteriormente (p. ej., resolución de problemas, entrenamiento en habilidades, procedimientos de manejo de contingencias, balanceo, evaluación dialéctica, etc.). El programa incluye visitas individuales, sesiones de grupo, contacto telefónico y reuniones de equipo. Su manejo requiere un buen entrenamiento previo.

Es necesario realizar estudios controlados que permitan discernir cuáles son realmente efectivas en el manejo y el tratamiento del límite y qué otras prescindibles.

Las propuestas de tratamiento cognitivo de Beck y sus seguidores disponen de pruebas metodológicamente más débiles sobre su eficacia. De hecho, sólo han aparecido descripciones de caso único en las que sí parece haber una buena respuesta terapéutica en pacientes con trastorno narcisista, por evitación, por dependencia y paranoide.

No deja de ser curiosa la falta de trabajos controlados sobre el tratamiento del trastorno de la personalidad antisocial, teniendo en cuenta la buena oferta de programas de tratamiento existentes para su inmediato antecesor: el trastorno disocial. En el caso de los adolescentes, los programas basados en el modelamiento, la economía de fichas y el entrenamiento en resolución de problemas parecen ofrecer muy buenos resultados en el seguimiento a un año en más de la mitad de los que terminan el tratamiento, si bien es cierto que casi la mitad de los que empiezan no suelen acabarlo. Probablemente este hecho sea el que haya desmotivado la propuesta de programas análogos en adultos, donde el control sobre el entorno y la autoridad sobre el sujeto son mucho menores.

Para el resto de categorías diagnósticas no citadas en este apartado, no se dispone de trabajos que permitan concluir si la TCC se ha mostrado eficaz en su tratamiento.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

Existe la idea generalizada de que los trastornos de la personalidad deben ser tratados mediante la combinación de psicoterapia y fármacos, pero lo cierto es que no hay ningún estudio controlado que haya puesto a prueba esta creencia. De hecho, en la actualidad tan sólo puede afirmarse que parece haber un número creciente de trabajos que demuestran que los pacientes con trastorno de la personalidad se benefician de determinadas terapias conductuales y/o cognitivas, y que parecen mejorar con la aplicación de determinados fármacos. Pero lo cierto es que en buena parte de los trabajos sobre eficacia de las psicoterapias, los pacientes estaban tomando medicación sin que se controlara su posible efecto, y en buena parte de los trabajos sobre intervención farmacológica los pacientes recibían al tiempo algún tipo de psicoterapia, sin que se tuviera tampoco en cuenta su posible influencia en los resultados. Así las cosas, no puede decirse si un tipo u otro de intervención implica una mayor mejoría clínica o un mayor mantenimiento a largo plazo, o si su combinación resulta más eficaz que su aplicación por separado.

TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- La mayor parte de los trastornos de la personalidad son egosintónicos; ello implica que quienes los pade-

cen llegan a la consulta del especialista solicitando ayuda para otros problemas, normalmente por la presencia de sintomatología ansiosa o afectiva, o por problemas de relación con la pareja o la familia.

- Teniendo en cuenta la escasa presencia de programas definidos para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, el abordaje debe realizarse de manera individualizada, realizando un buen análisis funcional de los problemas conductuales de cada paciente en particular, e individualizando al máximo el tratamiento. Ello implica la dificultad de realizar tratamientos en grupo, a excepción de que se esté aplicando el programa de TDC o un programa de intervención grupal para el trastorno de la personalidad por evitación.
- El generar una buena relación terapéutica con el paciente es fundamental en este tipo de procesos patológicos. Al mismo tiempo, pueden ser útiles las técnicas y el modelo general de la entrevista motivacional para facilitar la aceptación del cambio en este tipo de pacientes, por lo general poco predispuestos a variar sus hábitos comportamentales.
- Por otra parte, los beneficios de la intervención psicoterapéutica sobre los trastornos de la personalidad suelen aparecer a muy largo plazo y de manera tan progresiva que incluso pueden pasar desapercibidos. Por ello, es necesario al inicio de cualquier intervención definir muy claramente los objetivos terapéuticos, sin generar falsas expectativas sobre cambios radicales en rasgos escasamente modificables.

Trastornos en niños y adolescentes

INTRODUCCIÓN

Los conceptos fundamentales en la terapia cognitivo-conductual (TCC) en los trastornos en niños y adolescentes no son diferentes de los referidos para los diversos trastornos en adultos. Sin embargo, sí que es conveniente comentar algunos aspectos específicos que deben tenerse en cuenta en estas edades y hacer referencia a trastornos que en principio sólo aparecen en niños y adolescentes. No se comentarán algunos trastornos que se incluyen en las clasificaciones dentro de los apartados de niños y adolescentes por no ser la TCC un elemento fundamental en su tratamiento o porque ya se les dedica un capítulo completo. Dentro de estos últimos estaría el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o los trastornos de la conducta alimentaria. Así, no haremos referencia a la TCC en los trastornos generalizados o específicos del desarrollo y únicamente nos referiremos a algunas de las alteraciones conductuales, emocionales o de la eliminación durante la infancia y la adolescencia.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ABORDAJE COGNITIVO-CONDUCTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Tratamiento en la práctica clínica

En la práctica clínica, los tratamientos deben sustentarse en la teoría cuyo propósito es explicar los procesos de cambio y de modificación de los comportamientos. La orientación teórica debe dirigirse hacia la resolución de problemas, debe abordar el procesamiento cognitivo de la información, debe tener en cuenta e incorporar los aspectos emocionales, sociales e interpersonales, precisa de manuales y procedimientos estructurados y debe enfatizar las intervenciones que requieren ejercitación y puesta en práctica de los contenidos del tratamiento. El terapeuta que lleva a cabo el tratamiento con niños y adolescentes asume un triple papel:

- *Consultor.* No tiene las respuestas, pero ofrece vías y caminos para encontrarlas.
- *Diagnosticador.* Toma decisiones basándose en los datos del análisis y la evaluación y en su formación.
- *Educador.* Las intervenciones deben dirigirse a lograr el control conductual, las habilidades cognitivas y el ajuste emocional mediante métodos útiles para que el paciente aprenda.

Este trabajo del terapeuta con niños y adolescentes se incluye dentro de unos parámetros que se basan en el proceso evolutivo. Así, la trayectoria del desarrollo normal,

las expectativas racionales sobre la naturaleza y la magnitud de los cambios conductuales y los modelos teóricos en los que se sustenta su conocimiento constituyen el marco en el que centrar las aspiraciones de la TCC en niños y adolescentes como ponen de manifiesto todos los manuales al respecto. Es importante señalar que los pacientes de estas edades vienen a menudo a las consultas por iniciativas ajenas. Hay que crear un ambiente agradable y motivador para su participación con mayor esmero, si cabe, que con los pacientes adultos. Algunos trastornos en niños no son tan egodistónicos como en adultos y, por lo tanto, la motivación para el tratamiento será menor. Además, las consecuencias negativas de los trastornos pueden no estar claras para el paciente (p. ej., alimentación selectiva o fobia escolar) y la motivación para realizar un tratamiento que implica esfuerzo y ansiedad puede ser muy baja. Además, el abordaje cognitivo debe adaptarse a las capacidades de comprensión del paciente y estar formado por conceptos y tareas más sencillos que para pacientes adultos. Se deben utilizar más instrumentos de soporte como registros fáciles y visuales, dibujos e imágenes. También son más útiles los reforzadores primarios fáciles de adaptar, de cuantificar y conseguir (como puntos o fichas intercambiables por golosinas, juguetes, premios, etc.). La mejoría del trastorno en sí misma no suele ser suficiente reforzador para lograr la plena colaboración del niño. Es básico trabajar con las familias y con los padres en concreto, buscando la autonomía e independencia de cada momento evolutivo y esencial la confianza y el respeto en el proceso terapéutico. Son necesarias sesiones para

que comprendan el trastorno y su tratamiento y, además, que se les faciliten pautas de actuación delante de la sintomatología que ayuden a minimizarla y/o suprimirla.

TRASTORNOS ESPECÍFICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad típicamente infantiles y adolescentes son la fobia escolar y la ansiedad por separación. En estudios controlados, la TCC se ha mostrado eficaz y eficiente en la resolución de la sintomatología para ambos trastornos. Los tratamientos deben atender a los tres tipos de manifestaciones de ansiedad: somática, cognitiva y conductual o motora. De acuerdo con esta premisa, las intervenciones deben planificarse tras la esmerada evaluación conductual del caso y deben incluir: entrenamiento en relajación, adiestramiento en autoinstrucciones con control cognitivo y utilización de modelado participante. Siendo estos componentes los básicos, la mayoría de técnicas cognitivo-conductuales para la fobia escolar y la ansiedad por separación pueden incluir técnicas de exposición, adiestramiento en autocontrol, procedimientos operantes y contratos de contingencias. El reforzamiento de la práctica correcta es un instrumento eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en que las manifestaciones conductuales o motoras de la ansiedad son preponderantes a través de las conductas de evitación.

El tratamiento farmacológico puede utilizarse como ayuda a la TCC en la ansiedad por separación. En general, se utilizan los antidepresivos y ansiolíticos si la sintomatología ansiosa es muy acusada y dificulta el tratamiento psicoterápico. Algunos trabajos han señalado el efecto beneficioso de la fluoxetina añadida a la TCC en la ansiedad por separación en niños. También en la fobia escolar, algunos trabajos han demostrado que el tratamiento farmacológico con antidepresivos puede ayudar a la TCC. Unos demuestran que el fármaco ayuda a la TCC a incrementar el porcentaje de niños que pueden volver a reanudar su escolarización y otros señalan una mejoría en la sintomatología depresiva y ansiosa que puede acompañar a la fobia escolar. En un trabajo reciente se ha comparado la TCC más placebo y el mismo tratamiento con imipramina y esta última asociación resultó ser significativamente más eficaz en adolescentes con rechazo escolar con el 54 % de remisión, mientras que en el grupo con placebo sólo fue del 17 %.

Alimentación selectiva y disfagia funcional

La alimentación selectiva es un problema de comportamiento típicamente infantil o adolescente y aunque sus contenidos psicopatológicos son por lo general poco graves, es un trastorno que puede llegar a ser muy desadaptador y que puede generar limitaciones importantes en la vida cotidiana de los pacientes o en su estado nutricional. El abordaje es puramente conductual a través de programas de reforzamiento y de la utilización de jerarquías

para conseguir el aumento de repertorio alimentario. Si como se ha dicho, la iniciativa de las demandas asistenciales puede ser por parte de terceros, en este caso es casi siempre así, por lo que el aspecto motivacional y de consecución de objetivos constituye el puntal sobre el que fundamentar el trabajo terapéutico a la vez que enseñar a los familiares para que actúen de forma coherente y consistente con el programa de tratamiento. El tratamiento farmacológico no es efectivo en la alimentación selectiva, ya que este trastorno, una vez instaurado, sólo responde a un abordaje básicamente conductual.

Para la disfagia funcional o fobia a la deglución se aplican las intervenciones de los trastornos de ansiedad con desensibilización en vivo y sistemas de reforzamiento como pueden ser las economías de fichas. En este trastorno, a no ser que se trate de otro de ansiedad añadido a la disfagia funcional, el tratamiento farmacológico no será efectivo. Sólo puede utilizarse un ansiolítico si las situaciones de comer al ir incrementando la dificultad generan un grado de ansiedad muy elevado que impide la adecuada consecución del avance que se esté trabajando.

Trastorno de conducta

Existen dos tipos de técnicas que en trabajos controlados se han revelado ligeramente exitosas en el tratamiento de los trastornos de conducta: el entrenamiento en resolución de problemas y el adiestramiento conductual a padres. El entrenamiento en resolución de problemas incluye: ensayo conductual, *role playing*, modelamiento,

retroacción, reforzamiento social con la finalidad de enseñar habilidades de resolución de problemas interpersonales, la generación de soluciones por medio del razonamiento finalista para lograr objetivos y la adquisición de empatía. En el adiestramiento conductual a padres se pretende dotarles de conocimientos en principios y contenidos básicos del aprendizaje como son: reforzamiento, tiempo fuera y castigo, coste de respuesta, control y manejo de contingencias. Los programas muestran a los padres cómo observar y evaluar las conductas de sus hijos, cómo reforzar las conductas prosociales y extinguir los problemas menores, cómo dar instrucciones y órdenes y cómo aplicar contingencias y castigos.

Diversos fármacos (antidepresivos, estimulantes, litio y otros eutimizantes, antipsicóticos típicos y especialmente atípicos) han demostrado eficacia en ayudar a la TCC a lograr mejorías, lo cual es lógico si se tiene en cuenta que este diagnóstico puede englobar diferentes enfermedades. Aunque puede ser de gran ayuda, el tratamiento solo con fármacos no suele resultar eficaz en los trastornos de la conducta y debe utilizarse para incrementar la eficacia de otros abordajes.

Hiperactividad

La TCC combinada con medicación psicoestimulante sería el tratamiento de elección para este trastorno. Los tratamientos conductuales han mostrado su eficacia en la mejora de los aprendizajes y el comportamiento académico, en la reducción de la impulsividad y la inquietud

motora y en la mejora de la atención y la concentración a largo plazo. La TCC debe ser extensa y abarcar diversos entornos. La intervención debe llevarse a cabo en el domicilio, en el aula y con el propio paciente. El trabajo con los padres es crucial y se les debe entrenar en habilidades de manejo y observación conductuales para que aprendan a reforzar los comportamientos apropiados y a extinguir los inapropiados. El adiestramiento comprende la utilización de sistemas de economía de fichas, técnicas de coste de respuesta y castigo. En el ámbito escolar también debe llevarse a cabo con los educadores un adiestramiento acerca de la utilización de programas de reforzamiento y de coste de respuesta. El trabajo con el paciente consiste en dotarle de técnicas de autocontrol conductual, autorregistros, autoevaluación, establecimiento de objetivos y autoinstrucciones.

En este trastorno tiene un papel importante el tratamiento farmacológico con estimulantes, siempre que se trate de un cuadro de déficit de atención e hiperactividad claro. El metilfenidato ha demostrado en diversos estudios a doble ciego que es eficaz en este trastorno. Sin embargo, siempre debe ir acompañado de la TCC dirigida al paciente y de consejo a padres, dado que varios estudios han demostrado que la mayor eficacia terapéutica se consigue con ambos abordajes y que incluso podrían mejorar diferentes aspectos del trastorno. Es importante no utilizar el fármaco por síntomas poco claros o poco importantes y siempre comprobando si la evolución mejora consiguiendo información del propio paciente, de su familia y de la escuela.

Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis

La enuresis nocturna es la que persiste más en el tiempo y genera más problemas a niños y familias. Los tratamientos conductuales que se han utilizado con éxito son la alarma y el entrenamiento en cama seca. El empleo de la alarma condiciona la respuesta de continencia urinaria y resulta eficaz en el 80 % de los casos y en las recaídas (entre el 30 y el 40 %); la nueva aplicación del tratamiento consigue la resolución del problema en casi el 70 % de los casos. El tratamiento suele prolongarse entre 4 y 12 semanas. En el entrenamiento en cama seca se incluyen un número de procedimientos conductuales: práctica positiva, reforzamiento positivo, castigo y tratamiento reflexológico con alarma. Siendo un tratamiento más eficaz que la alarma en la reducción de recaídas y la rapidez de resultados, es más costoso desde el punto de vista del esfuerzo que requiere por parte de la familia, lo que puede llevar a un cumplimiento del tratamiento menos adecuado. En la enuresis, diversos estudios doble ciego han demostrado la eficacia de la imipramina en dosis relativamente bajas. La desmopresina tiene un efecto positivo demostrado también en estudios doble ciego. Sin embargo, en los estudios de seguimiento a un año, el tratamiento con el sistema de alarma es el que tiene mayores tasas de mantenimiento del efecto beneficioso. En un estudio que comparó los tres tratamientos, al cabo de 12 meses, la imipramina mantuvo la mejoría en el 16 % de los casos, la desmopresina en el 10 % y el sistema de alarma en el 56 %.

La TCC de la encopresis funcional se ha mostrado eficaz e incluye refuerzo positivo en combinación con leve castigo, controles regulares y frecuentes de ropa interior, entrenamiento en limpieza personal y lavado completo. El uso de supositorios de glicerina o laxante se acompaña para facilitar el tránsito de materia fecal. Los padres reciben adiestramiento para implementar los reforzadores de manera consistente y adecuada. En los momentos iniciales del tratamiento resulta necesario, en ocasiones, recurrir a la técnica de aproximaciones sucesivas a la conducta apropiada.

Bibliografía

Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. J Consult Clin Psychol 1997; 65: 44-52.

Avia MD. Hipocondría. Barcelona: Martínez Roca, 1993.

Avia MD, Ruiz MA, Olivares ME, Crespo M, Guisado AB, Sánchez A y cols. The meaning of psychological symptoms: Effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. Behav Res Ther 1996; 34: 23-31.

Azrin NH, Nunn RG. Tratamiento de hábitos nerviosos. Barcelona: Martínez Roca, 1977.

Bados A. Agorafobia y ataques de pánico: un programa psicológico de intervención paso a paso. Madrid: Pirámide, 2000.

Bados A. Fobia social. Madrid: Síntesis, 2001.

Bados A. Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. Psicothema 2001; 13: 453-464.

Barlow DH, Beck JG. The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding. I y II. Behav Res Ther 1986; 9: 24.

Basco MR, Rush AJ. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders. New York: Guilford, 1996.

Beck AT, Freeman A. Cognitive therapy for personality disorders. New York: Guilford, 1990.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983 [original de 1979].